

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГАОУ ВО «Балтийский федеральный университет им. И. Канта»

На правах рукописи

Абсатаров Роман Рифович

**ГЕОГРАФИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ НАРКОСИТУАЦИИ В
РЕГИОНАХ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА РОССИИ**

Специальность 1.6.13 – Экономическая, социальная, политическая и
рекреационная география

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата географических наук

Научный руководитель:
кандидат географических наук,
доцент Зверев Ю.М.

Калининград – 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ГЕОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НАРКОСИТУАЦИИ В РЕГИОНЕ ...	10
1.1. Наркоситуация в регионе как объект географического исследования: сущность, содержание	10
1.2. Формирование научных представлений о наркоситуации в географии и в смежных науках.....	23
1.3. Методология и методы географического исследования наркоситуации	37
ГЛАВА 2. ГЕОГРАФИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ НАРКОСИТУАЦИИ В СТРАНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА, В РОССИИ И В РЕГИОНАХ СЗФО РОССИИ.....	52
2.1. Географическая дифференциация наркоситуации в странах Европейского союза.....	52
2.2. Географическая дифференциация наркоситуации в России	72
2.3. Географическая дифференциация наркоситуации в СЗФО России	95
Глава 3. РЕГИОНАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА В СФЕРЕ РЕГУЛИРОВАНИЯ НАРКОСИТУАЦИИ В РЕГИОНАХ СЗФО РОССИИ.....	114
3.1. Факторы, влияющие на территориальные различия наркоситуации в регионах СЗФО России	114
3.2. Влияние наркоситуации в регионах СЗФО России на их социально-экономическое развитие	127
3.3. Приоритетные направления в профилактике территориального регулирования наркоситуации в регионах СЗФО России.....	133
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	147
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	149
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	150
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	178

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования обусловлена тем, что наркопотребление стало создавать реальную угрозу для жизнедеятельности общества. По данным ООН, за период с 2010 по 2019 г. количество лиц, хотя бы раз в жизни употреблявших наркотики, увеличилось на 22% и составило 275 млн человек [166]. В 2019 г. только от употребления наркотиков в мире погибло около полумиллиона человек. Особую опасность представляет инъекционный способ употребления наркотиков, так как он способствует распространению инфекционных заболеваний. В 2019 г. в мире из более чем 11 млн наркозависимых, употребляющих наркотики внутривенно, 1,2 млн человек было инфицировано ВИЧ, 5,6 млн человек – гепатитом. По прогнозам экспертов ООН, к 2030 году количество наркозависимых в мире вырастет на 11%, а по ряду регионов до 40% (Африка).

В настоящее время наркотизм не только является катализатором многих пагубных социальных явлений, но и становится реальной угрозой для экономической, демографической и национальной безопасности любого государства, в том числе и для нашей страны. Вместе с тем территориальная дифференциация его проявлений изучена недостаточно. Каждый регион имеет своеобразный природно-ресурсный и социально-экономический потенциал. Природные, социальные, экономические, геополитические и другие особенности территорий приводят к территориальным различиям наркоситуации, включая масштабы и структуру наркопотребления. В связи с этим особую роль играют комплексные территориальные исследования состояния, структуры, динамики наркотизма, которые позволяют выявить закономерности его пространственно-временных проявлений, причин и факторов. В сложившихся условиях растет роль общественно-географических исследований в изучении механизма детерминации состояния наркоситуации.

Степень научной разработанности проблемы. Большинство научных исследований, связанных с оценкой состояния наркоситуации, как правило, имеют криминологический, социальный или медицинский аспект. Некоторые из них хотя и рассматривают территориальную специфику ее проявлений, но не выделяют механизмы влияния среды, географических факторов на ее состояние, структуру наркопотребления, а также их воздействие на социально-экономическое развитие региона.

Интерес к отдельным проявлениям территориального состояния наркоситуации со стороны отечественных географов-обществоведов наметился в начале XXI века, что было обусловлено обострением проблемы наркомании в нашей стране и ее пагубным влиянием на многие сферы жизнедеятельности. В рамках исследования географии преступности рассматривалась территориальная специфика наркопреступности (А.Д. Бадов, К.Ю. Сикач, А.В. Кулагин). Л.Б. Чупиной в ходе изучения социопатической ситуации в Пермской области были выделены факторы социальной патологии, а также проведен территориальный анализ ее особенностей. А.Н. Семеновой в рамках исследования географических аспектов состояния регионального здоровья населения рассматривалась пространственно-временная структура заболеваемости, в том числе и наркоманией. Отдельно следует отметить работы Р.Г. Сафиуллина, А.В. Гавриковой, в которых дана комплексная оценка территориального развития наркоситуации в Республике Башкортостан.

Несмотря на существование огромного научного задела в исследуемой области, есть потребность в усовершенствовании существующих и создании новых основ регионального исследования наркоситуации, что позволит выделить современные доминирующие факторы, оказывающие существенное влияние как на ее состояние, структуру наркопотребления, так и обосновать на их основе комплексные направления по противодействию наркотизма среди населения.

Объект исследования – наркоситуация в Северо-Западном федеральном округе (далее – СЗФО) России.

Предмет исследования – территориально-структурные особенности, тенденции формирования, развития и регулирования наркоситуации в СЗФО.

Цель работы состоит в выявлении территориально-структурных особенностей наркоситуации, исследовании тенденций в ее развитии, разработке рекомендаций по совершенствованию антинаркотической политики в регионах СЗФО России с учетом региональной специфики наркопотребления.

Для достижения поставленной цели выдвинуты следующие **задачи**:

1. Разработать методику комплексного общественно-географического исследования территориального состояния наркоситуации в регионе с учетом структуры наркопотребления.

2. Сравнить территориальные особенности развития наркоситуации в странах Европейского Союза, России, СЗФО России с целью выявления закономерностей, влияющих на структуру наркопотребления, общего и особенного в наркоситуации в СЗФО.

3. Разработать типологию регионов СЗФО России с учетом территориальной дифференциации развития наркоситуации, преобладающей структуры наркопотребления.

4. Выявить основные детерминирующие факторы, влияющие на масштабы и структуру наркопотребления в субъектах округа.

5. Определить характер и степень влияния наркотизма населения на социально-экономическое развитие регионов СЗФО России и разработать рекомендации по совершенствованию региональной политики в сфере регулирования наркоситуации для субъектов округа.

Научная новизна исследования:

1. Разработана авторская методика общественно-географического исследования территориального состояния наркоситуации, включающая показатели структуры наркопотребления.

2. Предложена типология регионов СЗФО по состоянию территориального развития наркоситуации с выделением умеренных, проблемных и кризисных типов, а также по преобладающей структуре наркопотребления (с высоким

уровнем опиоидной наркомании, с высоким уровнем зависимости от других видов наркотиков, со смешанной структурой наркопотребления).

3. На основе проведенного комплексного общественно-географического исследования территориального состояния наркоситуации в СЗФО определены дополнительные мероприятия, направленные на профилактику и предупреждение наркотизма населения для регионов округа с учетом территориальной специфики структуры и способа наркопотребления, каналов поставок запрещенных веществ.

Теоретическая и практическая значимость работы. Диссертационное исследование развивает методологические подходы в изучении территориальных особенностей наркоситуации с учетом специфики наркопотребления на современном этапе. Предлагаемый автором инструментарий позволяет провести аналогичные исследования по другим субъектам России. Практические результаты, полученные в рамках исследования, позволили определить приоритетные направления в сфере регулирования наркоситуации для регионов СЗФО России с учетом структуры наркопотребления, каналов поставок запрещенных веществ.

Теоретико-методологическую основу исследования составили работы отечественных ученых-географов, посвященные вопросам экономико-географического положения (П.Я. Бакланова, Н.Н. Баранского, В.А. Колосова и др.), территориальной организации общества (Ю.Г. Саушкина, А.И. Чистобаева и т.д.), географии сельского и городского расселения (А.Г. Дружинина, Н.В. Зубаревич, Г.М. Федорова, В.А. Шупера и др.).

Работа опирается на теоретические и прикладные исследования ученых-географов в области изучения географии преступности (А.Д. Бадова, А.В. Кулагина, К.Ю. Сикач, М. Гермес, М. Кван), географических аспектов состояния регионального здоровья населения (А.Н. Семеновой, Д. Морана), территориально-структурных особенностей наркоситуации (Р.Г. Сафиуллина, А.В. Гавриковой), а также ученых-медиков: Э.А. Бабаяна, А.И. Головки, Б.М. Левина, Р.Г. Садыковой, В. И. Стародубова и др.; экономистов: И.А. Гурбан, А.В. Клевакина, А.И. Татаркина и др.; социологов: А.А. Габиани, Я.И. Гилинского, Г.Г. Силласте и др.

Методологической основой исследования является системный подход к оценке территориального состояния наркоситуации субъектов СЗФО России с использованием сравнительно-географического метода, метода пространственного анализа, картографического метода, методов статистической обработки данных и др.

Информационная база исследования. Для проведения исследования использовались законодательные и нормативно-правовые акты Российской Федерации, зарубежная и отечественная научная литература по тематике диссертации, доклады Государственного антинаркотического комитета России, а также антинаркотических комиссий, действующих в субъектах Российской Федерации. Важную роль в исследовании сыграли статистические данные Управления ООН по наркотикам и преступности, Европейского центра мониторинга наркотиков и наркомании, российских министерств и ведомств (Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства внутренних дел Российской Федерации, Федеральной службы государственной статистики России и др.), Государственного антинаркотического комитета. Кроме того, проводился анализ судебной практики РФ по тематике диссертационного исследования, а также химических экспертиз, производимых на базе ЭКЦ Западного ЛУ МВД России.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Территориальное состояние наркоситуации на современном этапе зависит не только от масштабов наркомании, но и в значительной степени обусловлено складывающейся структурой и способом наркопотребления. Разработанная методика, в отличие от других, позволяет оценивать структуру наркопотребления с учетом площади исследуемой территории и численности населения, что дает возможность определить наиболее проблемные зоны развития наркомании на различных таксономических уровнях.

2. Сравнительно-географический анализ наркоситуации в СЗФО со странами ЕС и России показывает, что для округа характерны общие черты

состояния наркоситуации, структуры наркопотребления со странами Северной Европы и существенные различия с другими федеральными округами. В связи с этим возможно использовать положительный опыт этих стран по борьбе с наркотизацией населения, последствиями, обусловленными употреблением наркотиков. Например, в ЕС действует программа предоставления одноразовых шприцев для предупреждения заражения инфекционными заболеваниями. В Финляндии, где оценочный показатель потребителей инъекционных наркотиков остается одним из высоких в ЕС, отмечается незначительное количество случаев заражения ВИЧ, связанных с употреблением запрещенных веществ (0,14 случая на 100 тыс. населения в 2020 г.). В нашей стране этот показатель значительно выше – 13,5 случая на 100 тысяч населения. В 2020 г. только на закупку антиретровирусных препаратов было выделено более 30 млрд рублей из бюджета.

3. На основе проведенного исследования разработана типология регионов СЗФО России по состоянию наркоситуации, по преобладающей структуре наркопотребления, что позволило выявить более глубокие причины дифференциации территориального состояния наркоситуации, определить наиболее эффективные мероприятия по ее регулированию и их территориальные различия.

4. Исследование показало, что характер и степень влияния наркотизма населения на социально-экономическое развитие регионов СЗФО в настоящее время в значительной степени обусловлены не масштабом, а структурой и способом наркопотребления, которые характерны для субъекта округа.

5. При разработке региональных антинаркотических программ на современном этапе необходимо учитывать основные показатели территориального состояния наркоситуации, включая ее специфику по преобладающей структуре и способу наркопотребления.

Апробация результатов исследования. Основные положения диссертационного исследования были опубликованы автором в 17 статьях, в том числе 3 – в изданиях, рекомендованных ВАК. Общий объем публикаций – 4,6 п.л.

(ВАК – 1,8 п.л.). Все публикации выполнены без соавторства. Кроме того, ряд положений и выводов диссертационного исследования были изложены в докладах на международных и всероссийских научных конференциях, семинарах и совещаниях. Среди них: всероссийская научно-практическая конференция «Региональные аспекты географических исследований и образования», Пенза, 2019 г.; международная научно-практическая конференция «Регионы в условиях глобальных изменений», Калининград, 2020 г.; международная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы и перспективы развития государственной статистики в современных условиях», Саратов, 2020 г.; международная научно-практическая конференция «Балтийский регион – регион сотрудничества – 2021», Калининград, 2021 г.; международная научно-практическая конференция «Закон и правопорядок в третьем тысячелетии», Калининград, 2021 г.; международная научно-практическая конференция «Возможности развития социально-экономического пространства сибирского макрорегиона в условиях глобальной нестабильности», Иркутск, 2021 г.; всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные проблемы и перспективы развития инновационной экономики и управления», Калининград, 2021 г.; всероссийская научно-практическая конференция «Дни науки Новгородского филиала РАНХиГС 2021», Новгород, 2021 г.; международная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы науки и практики: Гатчинские чтения – 2021», Гатчина, 2021 г.; международная научно-практическая конференция «География, экология, туризм: научный поиск студентов и аспирантов», Тверь, 2021 г.; международная научно-практическая конференция «Закон и правопорядок в третьем тысячелетии», Калининград, 2022 г.

Структура работы. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованных источников и литературы, списка сокращений, приложений. Основной текст включает 148 страниц, 44 рисунка и 29 приложений. Список использованных источников и литературы содержит 227 наименований, в том числе 34 на иностранных языках.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ГЕОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НАРКОСИТУАЦИИ В РЕГИОНЕ

1.1. Наркоситуация в регионе как объект географического исследования: сущность, содержание

Для того, чтобы определить сущность и содержание понятия «наркоситуации в регионе», прежде всего, следует конкретизировать такие дефиниции как «наркотик», «наркотизм», «наркомания», «наркотическая зависимость», «незаконный оборот наркотиков», «наркотические средства и психотропные вещества», «новые потенциально опасные психоактивные вещества».

Понятие «наркотик» имеет ключевое значение для определения большинства из вышеперечисленных терминов. Его авторство приписывается древнегреческому целителю Галену, который использовал понятие «наркотик» для описания веществ, вызывающих потерю чувствительности (от греч. *narkotikós* – приводящий в оцепенение) [134].

Несмотря на то, что люди употребляют наркотические средства в течение нескольких тысячелетий, в трактовке данного термина до сих пор существуют значительные расхождения. Например, эксперты ВОЗ определяют наркотик как химический агент, вызывающий ступор, кому или нечувствительность к боли [121]. В соответствии с положениями единой конвенции ООН о наркотических средствах 1961 г. к наркотическому средству следует относить любое из веществ естественного или синтетического происхождения, включенное в список I и II конвенции [1]. Действующим российским законодательством к наркотикам относят вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, растения, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ

и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации [6].

С точки зрения медицины, «наркотик – это вещество, лекарственное средство, оказывающее специфическое (стимулирующее, седативное, галлюциногенное и др.) действие на центральную нервную систему, что может являться причиной его немедицинского потребления, а также обладает потенциалом к формированию пристрастной или болезненной зависимости» [179].

Для отнесения вещества к наркотику необходимо, чтобы оно соответствовало определенным критериям. В качестве таких оснований С.П. Дидковская выделяла содержательный и формально-правовой критерии [48]. В соответствии с ее представлениями, наркотическими средствами являются вещества, которые способны вызвать при употреблении состояние эйфории, а при систематическом злоупотреблении – физическую и психическую зависимость (содержательный критерий). Вместе с тем отнесение вещества к наркотическому средству только из его фармакологических позиций является недостаточным. Например, кофеин, содержащийся в кофе, является психоактивным веществом, которое способно оказать негативное влияние на психику. В Международной классификации болезней выделена целая группа диагнозов «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов (включая кофеин) (F15)» [74].

Формально-правовой критерий предполагает, что в отношении таких веществ на международном или внутригосударственном уровне должны быть установлены меры контроля, закрепленные в соответствующих нормативно-правовых актах. В том случае, если вещество не внесено в соответствующий список, оно не признается наркотическим. Вместе с тем наркомания приносит вред не только наркозависимому (его здоровью), но и оказывает негативное влияние на само общество. В связи с этим нельзя не согласиться с подходом Э.А. Бабаяна, который выделил три взаимосвязанных между собой критерия отнесения

вещества к наркотику: медицинский, социальный, юридический [22].

В основе социального критерия лежит рассмотрение масштаба немедицинского потребления вещества и наносимого им вреда, который должен приобрести социальную значимость. Исходя из медицинских и социальных предпосылок, на законодательном уровне принимается решение о необходимости контроля за оборотом вещества (может быть запрещено, ограничено в обороте и т.д.) и внесение его в соответствующий список наркотических средств. Несмотря на то, что юридический критерий базируется на медицинском и социальном критериях, он оказывает значительное влияние на уровень территориального развития наркоситуации. Исторический опыт показывает, что легализация наркотиков способствует не только увеличению количества их потребителей, но и приводит в последующем к снижению возрастной планки лиц, их употребляющих. Например, еще в середине 60-х годов XX века в Швеции наркотики можно было свободно получить по выписанному рецепту [40]. Итоги такого эксперимента были достаточно печальны. Вместе с увеличением практически в два раза количества потребителей наркотических средств внутривенно резко возросло количество наркозависимых среди молодых людей в возрасте с 15 до 19 лет. Легализация в ряде стран марихуаны способствует росту наркомании, так как подавляющее большинство наркоманов начинало именно с «легких» наркотиков, переходя в дальнейшем на «тяжелые» [68].

Как мы видим, понятие «наркотик» включает комплекс клинических проявлений в сочетании с юридическими и социальными аспектами.

Следует отметить, что в нашей стране контроль установлен не только за наркотическими средствами, но и за оборотом психотропных веществ, а также прекурсоров. К психотропным относят такие вещества, которые вызывают патологическое привыкание, оказывают стимулирующее или депрессантное воздействие на центральную нервную систему, вызывают галлюцинации или нарушения моторной функции, либо мышления, либо поведения, либо

восприятия, либо настроения [31]. Такие вещества отличаются от наркотических средств терапевтической полезностью и возможностью применения при лечении различных психических расстройств [8]. Следует отметить, что именно в медицинских целях изначально использовался термин «психотропное вещество». Для отнесения вещества к категории психотропных используют такие же критерии, как и в отношении наркотических средств (медицинский, социальный, юридический).

К прекурсорам наркотических средств и психотропных веществ относят вещества, которые используются при производстве, изготовлении, переработке наркотических средств и психотропных веществ, включенные в Перечень наркотических средств и психотропных веществ и их прекурсоров и подлежащих контролю [6].

Кроме того, в стране запрещены аналоги наркотических средств и психотропных веществ, которые представляют собой вещества синтетического или естественного происхождения, не включенные в Перечень наркотических средств и психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации. Химическая структура и свойства таких веществ сходна с химической структурой и со свойствами наркотических средств или психотропных веществ, психоактивное действие которых они воспроизводят [6].

В настоящее время в области незаконного оборота и потребления наркотических средств и психотропных веществ во всем мире особую тревогу вызывает появление новых опасных психоактивных веществ (НОПВ), которые распространяются в качестве «легальной» замены наркотиков. Их популярность обусловлена рядом причин:

- отсутствие государственного контроля до тех пор, пока НОПВ не будут включены в соответствующие списки, что в свою очередь уменьшает риски быть привлеченным к ответственности за их изготовление, распространение (если они не будут признаны аналогом наркотического средства, психотропного вещества);

- более низкая цена по сравнению со стоимостью наркотиков.

Только в период 2013-2014 гг. на территории Российской Федерации было выявлено свыше 700 такого рода веществ, которые распространялись под видом солей для ванн, благовоний, курительных смесей и т.д. [137]. Данные вещества представляют опасность и тем, что для потребителя неизвестны последствия их употребления. Следует отметить, что за последние двадцать лет отмечается рост отравлений неизвестным веществом с нарушением нервной системы, в том числе и со смертельными исходами [190].

В контексте нашего исследования в качестве «наркотиков» мы будем рассматривать вещества, лекарственные средства растительного или синтетического происхождения, способные оказывать специфическое воздействие на центральную нервную систему, а при многократном употреблении вызывать психическую или физическую зависимость у их потребителя и приводить к социально значимому вреду, в отношении которых установлены или предполагается установить меры контроля.

Как уже ранее было отмечено, в отношении наркотических средств, психотропных веществ, прекурсоров, потенциально опасных психоактивных веществ, со стороны государства устанавливаются определенные меры контроля. Отступление от данных мер или их нарушение влечет за собой ответственность в рамках действующего законодательства, т.е. образует незаконный оборот наркотиков.

Отдельно стоит остановиться и на рассмотрении таких дефиниций, как «наркотизм», «наркотизация», «наркомания». Первые два термина достаточно часто употребляются в научных исследованиях, последний – в материалах средств массовой информации. Вместе с тем данные дефиниции, по нашему мнению, не являются тождественными. В 1952 г. Всемирной организацией здравоохранения было сформулировано понятие наркомания: «... наркоманией считается состояние периодической или хронической интоксикации, вредной для человека и общества,

вызванной неоднократным употреблением наркотика» [74]. В Единой конвенции о наркотических средствах 1961 г. было отмечено, что наркомания является серьезным злом для отдельных лиц и чревата социальной и экономической опасностью для человечества. Также был установлен перечень средств, подлежащих контролю [1].

В медицинском сообществе наркоманию рассматривают как заболевание, обусловленное зависимостью от наркотического средства или психотропного вещества [95]. Следует отметить, что такая точка зрения нашла свое отражение в Федеральном законе от 08.01.1998 N 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» [4]. Основными признаками наркомании являются синдромы психической и физической зависимости. Психическая зависимость определяется влечением к употреблению наркотика и достижением психического комфорта только при интоксикации им. Интересы наркозависимого фокусируются только на употреблении таких веществ. Физическая зависимость проявляется неприятными болевыми ощущениями, которые возникают в случае отмены приема наркотика (абстинентный синдром, или так называемая «ломка»). В зависимости от вида употребляемого вещества абстинентный синдром протекает по-разному. Следует отметить, что при возникновении физической зависимости достаточно трудно скрывать проблемы, связанные с употреблением запрещенных веществ.

Термин «наркотизация» служит для обозначения процесса вовлечения населения в употребление наркотических средств, психотропных веществ.

Под «наркотизмом» следует понимать уже явление социальной патологии, которое находит свое выражение в потреблении определенных групп или частей населения наркотических или токсических средств. Как социальное явление «наркотизм» характеризуется достаточно большим количеством показателей, среди которых следует отметить такие показатели, как общая заболеваемость, обусловленная употреблением наркотиков (наркомания и пагубное употребление

наркотиков), структура наркопотребления, способы употребления наркотиков, показатели наркопреступности, криминогенности наркомании и т.д.

Наркотизм как комплексное социальное явление можно рассматривать в достаточно большом количестве аспектов: социальный, экономический, медицинский, криминогенный, культурный, правовой, медицинский, географический и т.д.

Социальный аспект отражает отношение общества к наркотизму. Здесь следует избегать крайностей. Резко отрицательное отношение к данной проблеме может привести к формированию «субкультуры» наркозависимых, которые не смогли найти поддержку среди родных, близких.

С другой стороны, отсутствие ответной реакции со стороны общества может рассматриваться как допустимое поведение, что в свою очередь способствует ухудшению наркоситуации. Легализация «легких» наркотиков в отдельных странах или регионах приводила к росту числа наркозависимых в них. Например, разрешение приобретения марихуаны в Нидерландах для личного употребления привело к росту числа их потребителей на 250% и увеличению наркозависимых на 30% за очень короткий период (с 1984 г. по 1992 г.). Ухудшилась и криминогенная обстановка. Число ограблений в стране увеличилось на 69%, краж автомобилей – на 62% [207]. Легализация марихуаны на Аляске с 1980 г. также привела к росту числа наркозависимых и резкому увеличению преступности. В 1990 г. власти штата вынуждены были запретить торговлю марихуаной. Следует отметить, что либеральная политика в отношении ряда наркотических средств в некоторых государствах (Нидерланды, Чехия и т.д.) способствовала зарождению «наркотуризма» [39]. Только в Нидерландах насчитывается более 1000 кофе-шопов, где допускается употребление легких «наркотиков» [178]. В Австралии с 1993 г. проходит ежегодный «конопляный фестиваль Марди Грасс», где можно приобрести наркотические вещества, изготовленные из конопли [162].

Экологический аспект. Производство наркотиков, а также выращивание наркосодержащих растений оказывает негативное влияние на экосистему. В отчете компании New Frontiers за 2018 г. указывалось, что в 2017 г. в США энергозатраты, связанные с культивированием конопли, оценивались в 1% от всей генерируемой в стране электроэнергии [225]. Производство марихуаны влечет и достаточно высокие показатели выбросов углекислого газа в атмосферу (до 362 кг CO₂ на 1 кг продукции). Кроме того, для культивирования одного растения конопли требуется до 22 литров воды в день, что становится достаточно сильной нагрузкой на речные системы, вода которых используется для полива. По оценкам чиновников штата Калифорния, за восемь лет было израсходовано до 12 млрд галлонов воды для нелегального производства марихуаны [216]. Водоотведение на нужды ферм, занимающихся культивированием марихуаны, в некоторых муниципалитетах США оказало влияние на наполняемость водохранилищ и, как следствие, потребовало введение нормативов на потребление воды [227].

Производство кокаина в Латинской Америке сопровождается не только вырубкой лесов для подготовки полей для выращивания коки (например, только в Гватемале, Никарагуа, Гондурасе за последние двадцать лет из-за деятельности наркокартелей вырублено до 30% лесов), но и активным использованием гербицидов [163]. По данным ООН, только в Колумбии для его культивирования ежегодно используется до 120 млн литров этих химикатов, что влечет за собой отравление земли [209]. Само производство кокаина сопровождается использованием различных токсичных веществ (аммиак, кислоты и т.д.), отходы которых выливаются прямо в джунгли. Исследования показывают, что в водах, в которые сливаются такие отходы, неспособно выжить ничто живое [150].

Изготовление синтетических наркотиков также сопровождается производством токсичных отходов (например, на 1 кг MDMA приходится до 10 кг таких отходов, а на 1 кг амфетамина – до 30 кг) [217]. Следует также отметить,

что часть отходов сбрасывается в водоемы-отстойники, служащие для нужд водоснабжения поселений. Используемые для производства синтетических наркотиков такие токсичные вещества, как ацетон, аммиак, серная кислота, метанол угрожают речной биосфере, т.к. способны растворить любой белок [163]. Отравленная вода несет угрозу и для жизни людей (отравления, поражения органов, онкологические заболевания) [219].

По содержанию следов наркотических средств в сточных водах уже сейчас можно судить о видах наркотиков и динамике их употребления во времени в пределах определенной территории. Например, в Осло в 2015 г. была обнаружена высокая концентрация метамфетамина (237,4 мг вещества из расчета на 1000 жителей), что значительно превышает второй показатель в Европе в немецком Дрездене – 133 мг на 1000 жителей [163].

Как мы видим, производство наркотиков, культивирование наркосодержащих растений наносит значительный вред природной среде.

Правовой аспект наркотизма тесно связан с социальным аспектом. В странах, где общество допускает употребление ряда наркотических средств, происходит их легализация или декриминализация (например, признание хранения ряда наркотических средств непроступным деянием). Данный аспект характеризуется правовыми нормами, которые определяют меры контроля в отношении наркотических средств, психотропных веществ, психоактивных веществ, прекурсоров, а также ответственность за их нарушение.

Криминологический аспект отражает влияние наркотизма населения на криминогенную обстановку в стране, регионе. Как уже ранее было отмечено, рост наркомании влечет и рост отдельных видов преступлений (корыстных, в сфере незаконного оборота наркотиков и т.д.). Основными показателями данного аспекта являются:

- уровень наркопреступности и ее структура;
- криминогенность наркомании;

- вовлеченность потребителей наркотиков в совершение преступлений;
- доля осужденных за наркопреступления от общего числа осужденных;
- доля наркозависимых среди осужденных.

Экономический аспект. Наркотизм наносит колоссальный экономический ущерб государству, обществу. Он обусловлен расходами, связанными с лечением наркозависимых (в том числе заболеваний, обусловленных последствиями употребления наркотических средств: ВИЧ, гепатит, туберкулез и т.д.), и их реабилитацией, содержанием специализированных медицинских учреждений, государственных органов и подразделений, осуществляющих борьбу с наркопреступностью, учреждений исполнения наказаний [70, 71, 101, 154, 155, 157, 159]. Нельзя забывать и об ущербе, который наносят потребители наркотиков своими преступными действиями как в состоянии наркотического опьянения, так и при совершении корыстных преступлений для приобретения запрещенных препаратов. Следует также отметить, что большинство наркозависимых входит в группу экономически активного населения, но многие из них не заняты в сферах материального и нематериального производства.

Демографический аспект. Наркотизм негативно влияет на демографическую обстановку. Употребление наркотиков может не только привести к смерти в результате передозировки, но и в целом влечет сокращение продолжительности жизни. По оценкам экспертов федерального проекта «Трезвая Россия», от последствий, связанных с употреблением запрещенных веществ, в нашей стране ежегодно умирает около 300 тысяч человек [172]. Большинство потребителей наркотиков являются молодые люди в возрасте от 18 до 30 лет (от 60% до 70%) [9, 27, 111].

Следует также отметить, что употребление наркотиков среди лиц мужского пола более распространено, чем среди женского. Соответственно, риски от преждевременной смерти, обусловленные употреблением наркотических средств, выше у мужчин, что способствует увеличению диспропорции в соотношении

между полами в нашей стране [166]. Систематическое злоупотребление синтетическими наркотиками оказывает негативное воздействие на репродуктивную функцию как у мужчин, так и у женщин (вплоть до бесплодия) [187]. Можно также отметить, что само наркопотребление способствует разрушению семейных ценностей, влечению к противоположному полу.

Медицинский аспект. Систематическое злоупотребление наркотиками влечет целый ряд негативных последствий для здоровья: психические расстройства, заболевания сердечно-сосудистой, нервной системы и т.д. Инъекционный способ употребления наркотических средств способствует распространению среди наркозависимых таких заболеваний, как ВИЧ, гепатит В и С, туберкулез и т.д., гнойно-септические осложнения [22,70,71]. Те колоссальные средства, которые выделяются в настоящее время для лечения наркозависимых, заболеваний, обусловленных последствиями употребления наркотиков (ВИЧ, туберкулез и т.д.), могли бы использоваться и для других приоритетных программ в области здравоохранения.

Культурный аспект. Систематическое употребление наркотиков приводит к деградации личности. Асоциальное поведение большинства наркозависимых приводит к их отчуждению со стороны общества, близких людей. Как следствие, они находят поддержку среди себе подобных, что является предпосылкой для становления субкультуры наркозависимых со своими ценностями, мировоззрением.

Географический аспект. Процессы глобализации способствовали становлению мирового наркобизнеса, в условиях которого происходит пространственное «отраслевое» разделение наркорынка. В его основе лежат природно-климатические и природно-ресурсные условия, позволяющие культивировать наркосодержащие растения, экономико-географическое положение стран, определяющее основные каналы поставки и рынки сбыта наркотиков, людские ресурсы (потребители наркотиков). Пространственное

«отраслевое» разделение наркорынка определяет территориальную дифференциацию наркозависимости, которая характерна для региона, и последствий, обусловленных употреблением определенной группы наркотиков. Например, для России характерна опиоидная зависимость, для США и Канады – зависимость от кокаина, для стран Западной Европы – от каннабиноидных наркотиков.

Если говорить о дефиниции «наркоситуация», то следует отметить, что оно должно отталкиваться от определения слова «ситуация». В толковом словаре С.И. Ожегова дается трактовка данного понятия как *«совокупность обстоятельств, положение, обстановка»* [96].

Следует отметить, что многие ученые в своих работах оперируют дефиницией «наркоситуация», но не дают определения данного термина, что обусловлено разными подходами в оценке понятия различными науками: социологией, медициной, криминологией и т.д. Большинство исследователей в своих работах указывают на наиболее существенные признаки наркоситуации, исходя из области своих научных интересов. Это могут быть медико-статистические показатели, данные о наркопреступности, ее структуре и т.д.

Например, Б.Ф. Калачев в данной дефиниции выделяет только состояние, структуру, уровень незаконного оборота наркотиков в пределах какой-либо территории, оставляя без внимания ситуацию с наркотизмом населения [177].

Л.Д. Мирошниченко в словаре «Наркотики и наркомания» дает следующее определение наркоситуации – эпидемиологическое понятие, представляющее собой интегративную оценку показателей распространенности и доступности наркотиков в стране или отдельном регионе, частоту случаев злоупотребления этими веществами и вызванных ими негативных медицинских и социальных последствий [88].

В.М. Виноградова, В.М. Карпец, И.Е. Махров рассматривают наркоситуацию как ограниченный пространственно-временными пределами и

имеющий изменяющиеся формы выражения социальный конфликт, противостоящими сторонами которого выступают субъекты аддиктивного и преступного поведения, с одной стороны, и субъекты государственного противодействия и общественного сопротивления – с другой [75].

Следует отметить, что большинство авторов выделяют четыре основных показателя состояния наркоситуации:

- оценка масштабов употребления наркотиков без назначения врача;
- состояние преступности в сфере незаконного оборота наркотиков;
- данные по профилактике наркомании, лечения и реабилитации наркозависимых;
- оценка последствий, обусловленных употреблением наркотиков, наркопреступности.

Вместе с тем за последние десять лет произошли значительные изменения в структуре наркомании в России, обусловленные появлением на наркорынке новых видов наркотиков. Если в конце XX века и в начале XXI века в России преобладала опиоидная наркомания, то в настоящее время широкое распространение получили и другие виды зависимости (каннабиноидная, от психостимуляторов, других видов наркотиков, включая полинаркоманию), каждый из которых имеет свои особенности, включая способ наркопотребления. Как показало исследование, структура наркопотребления не только усиливает территориальную дифференциацию наркоситуации, но и оказывает специфическое влияние на социально-экономическое развитие территорий. В связи с этим комплексные исследования наркоситуации на различных таксономических уровнях должны обязательно учитывать структуру и способ наркопотребления, которые характерны для исследуемой территории. Такие данные необходимо принимать во внимание не только при разработке прогнозов, но и для принятия своевременных мер по минимизации рисков, обусловленных употреблением определенных групп наркотиков.

Таким образом, в рамках нашего исследования под наркоситуацией будет подразумеваться обстановка, отражающая состояние, структуру, динамику наркотизма населения, наркопреступности, протекающих на определенной территории, а также последствия ими обусловленные.

1.2 Формирование научных представлений о наркоситуации в географии и в смежных науках

История употребления наркотических средств людьми насчитывает уже не одно тысячелетие. Даже в раскопках первобытных поселений были обнаружены остатки растений, обладающих одурманивающими свойствами. Например, на территории современной Швейцарии на местах стоянки первобытных людей были обнаружены остатки маковых семян [66].

Первые письменные упоминания об употреблении наркотических веществ были оставлены древней шумерской цивилизацией и относятся к 5 тысячелетию до нашей эры [43]. Шумеры описывали процесс приготовления и употребления «злака радости» (опиумного мака). В Древнем Китае около 2700 года до н.э. на основе конопли делали настойки [191]. В Центральной Америке в погребальных комплексах индейцев имеются изображения, датированные 3 тысячелетием до н.э., на которых люди жуют листья коки [115]. Наркотические вещества были хорошо известны древним грекам и римлянам и широко употреблялись ими в качестве медицинских препаратов. Например, Гиппократ (440-377 гг. до н. э.) в своих трудах упоминает о веществе «мекомин», обладающем наркотическим действием. Древнеримский врач Гален (129-201 гг. н.э.) использовал опиум при лечении ряда заболеваний. Известный Авиценна (980-1037 гг. н.э.) при болезни глаз рекомендовал больным опий [66]. Широкое распространение опиума в эпоху раннего Средневековья в арабских странах было обусловлено рядом причин. Во-первых, он служил заменой вина, которое не должны употреблять мусульмане в

соответствии с канонами Ислама. Во-вторых, опиум позволял заглушать голод, что способствовало его употреблению во время священного месяца («Рамадан»), когда мусульмане должны соблюдать строгий пост [69].

Во времена Крестовых походов опиум стали использовать крестоносцы в качестве лекарственного средства. С данным периодом связано его постепенное проникновение в Европу. Более того, мак стали специально выращивать для изготовления опиума. Открытие Америки способствовало знакомству европейцев не только с табаком, но и с листьями коки. В конце 18 века в европейских странах начали употреблять наркотические средства для получения удовольствия. Например, есть упоминания о том, что адмирал Нельсон жаловался на матросов, которые курили коноплю, приготовленную из конопляных канатов. Солдаты Наполеона во время похода в Египет познакомились с гашишем, что вызывало беспокойство у великого полководца, который пытался запретить его употребление в войсках. Постепенно в странах Старого Света в высшем обществе стало модно употреблять ряд наркотических средств.

История показывает, что люди употребляли наркотические вещества на протяжении тысячелетий в разных целях: для совершения религиозных обрядов, поднятия боевого духа, для восстановления сил, в лечебных целях и т.д., однако проблемы наркотизма общества обнажились только в конце девятнадцатого столетия. В первую очередь эта эпоха связана с началом развития научно-технического прогресса. Если ранее люди употребляли в основном растительные наркотики, то уже в начале девятнадцатого века ученые научились выделять из них высокоэффективные наркотические элементы (чистые алкалоиды). Алкалоиды по силе своего воздействия в несколько раз превышали сырье, из которого их производили. Новая технология привела к появлению полусинтетических наркотиков. Например, в 1803 г. в Ганновере аптекарь Ф. Сертюрнер смог выделить из опиума белый кристаллический порошок (морфий) [131]. В 1860 г. немецкий фармацевт А. Ниманн, исследуя листья коки, сумел

выделить из них алкалоид, в последующем названный им «кокаин» [126, 153]. В 1874 г. английский химик А. Райт получил из морфина новое химическое соединение – диацетилморфин [105], которое долгое время применяли в качестве лекарства от кашля под торговой маркой «героин» (от английского heroic – «героический»).

Конец девятнадцатого века ознаменовался появлением уже полностью синтетических наркотиков и психоактивных веществ, которые получали химическим путем без растительного сырья. Например, в Германии в 1887 г. румынским химиком Л. Еделяну был синтезирован амфетамин [122].

Кроме того, наркозависимые уже с середины девятнадцатого века стали активно использовать шприцы для инъекций, изобретенные Ш.-Г. Правазом в 1853 г. [21]. Употребление наркотиков внутривенным способом в разы превышало силу его воздействия в отличие от перорального способа, а также способствовало быстрому развитию зависимости от них. В настоящее время именно этот способ употребления наркотических средств способствует распространению среди наркозависимых таких тяжелых заболеваний, как ВИЧ, гепатит и др.

Одновременно с ростом количества наркозависимых в конце XIX века, увеличилось и количество преступлений, совершенных ими. Видные криминологи того времени Ч. Ломброзо и Г. Ашаффенбург стали прослеживать связь между употреблением наркотиков и совершением преступлений. Ч. Ломброзо в своей книге «Преступление», давая характеристику личности лиц, курящих опиум, указывал, что они наряду с апатией отличаются импульсивностью и склонны к совершению как самоубийств, так и убийств [136].

В отличие от Ч. Ломброзо немецкий криминолог Г. Ашаффенбург считал, что решающую роль в формировании преступного поведения играют не наследственные, а социально-экологические факторы [136]. В своей работе «Преступление и борьба с ним» он рассматривал употребление наркотиков как

один из социальных факторов, способствующих совершению преступления. Например, ученый указывал, что для Германии, как и в целом для Европы того времени, не характерно употребление опиума, в отличие от азиатских стран и, в первую очередь Китая. Одновременно он подчеркивал, что потребление морфия, распространенного в европейских странах, характерно для интеллигентных кругов в силу его дороговизны. В своей работе Г. Ашаффенбург указывал, что зависимость человека от морфия намного сильнее, чем от алкоголя: *«Человек, раз привыкший к нему, лишь в самых редких случаях совершенно от него отвывается...»* [136]. Ученый обращал внимание, что первыми признаками, указывающими на пристрастие к морфию, является утрата интереса не только к своей внешности, но и к своим близким, служебным обязанностям. Он подчеркивал, что при отсутствии легальных средств для приобретения наркотиков женщины нередко занимаются проституцией, а мужчины становятся на путь совершения преступления: подделывают рецепты, совершают кражи [136].

До середины девятнадцатого века для большей части Российской Империи не было характерно употребление наркотических средств, за исключением территорий, где оно было связано с традиционной культурой, бытом (Средняя Азия, Кавказ, Дальний Восток) [21].

К числу первых отечественных научных исследований, посвященных изучению наркоситуации, следует отнести работу С. Моравицкого «О наркотических и некоторых других ядовитых веществах, употребляемых населением Ферганской области», выполненную в 1885 г. Ученый в своем труде не только описывал виды наркотических средств, способы их употребления на этой территории, но и давал характеристику лиц, их употреблявших [92]. Всех потребителей наркотиков он делил на две категории. К первой категории им относились люди, употребляющие наркосодержащие вещества эпизодически, ко второй категории – употребляющие их по привычке (регулярно). В своей работе

С. Моравицкий указывал на случаи употребления наркотиков не только женщинами, но и даже детьми в возрасте от 7 лет. Исследуя контингент Кокандского острога, он установил, что из шестидесяти арестованных местных жителей двадцать четыре употребляют наркотические средства регулярно (более 30 процентов). Моравицкий в причинах употребления местным населением наркосодержащих веществ указывал, что эти вещества связаны с местными традициями и отчасти играют роль замены алкоголя.

В конце XIX века в европейской части России стало заметно распространение опиума, который поступал с территории азиатских краев, а также на Дальнем Востоке – с территории Китая. Кроме того, в столичных интеллигентных кругах стало модно употреблять морфий и кокаин, о чем писал в своей статье «Элегантное пьянство» (1891 г.) ученый и публицист В.О. Португалов [36]. Он отмечал, что мода на употребление морфия, распространенного в высших кругах Англии, Германии, Франции, пришла и в Россию. Кроме того, ученый указывал, что женщины более подвержены пороку морфинизма, чем мужчины. В своей работе он также обращал внимание на совершение преступлений лицами, зависимыми от морфия.

Уже в самом конце девятнадцатого века в России вышло несколько исследований, посвященных проблемам наркомании, среди которых следует отметить труд Н.К. Реймера «Яды цивилизации» (1899 г.). Ученый не только подробно описал, какие средства употребляли наркозависимые в конце девятнадцатого века, но и дал их социальный портрет, описал образ жизни больных наркоманией [36].

Как мы видим, основной побудительной причиной изучения проблем, связанных с наркотизмом населения, стало увеличение количества преступлений, совершаемых с середины девятнадцатого века наркозависимыми. Первыми исследователями в данной сфере стали криминологи. Необходимо подчеркнуть, что резкий рост преступлений, совершаемых наркозависимыми, был обусловлен

появлением новых видов наркотиков (полусинтетических, синтетических), нового способа их потребления (инъекционного), что способствовало развитию быстрой зависимости от наркотических средств и психотропных веществ. Следует отметить, что в этот период исследования ученых по данной тематике носили эпизодический характер и в большинстве случаев они были сужены до описания личности наркозависимых, их образа жизни.

В начале двадцатого века наркомания стала принимать характер эпидемии. Социальные потрясения, вызванные Первой мировой войной, революцией, способствовали не только увеличению числа наркозависимых в России, но и становлению наркорынка. Во время активных военных действий в стране ввели «сухой закон» (с 1914 по 1924 гг.), в результате чего кокаин, морфий, опиум стали более доступны для населения, чем алкоголь, который можно было купить только на «черном» рынке. Распространению наркотиков также способствовало усиление контрабанды наркотических средств в связи с ослаблением пограничного и полицейского контроля. После революции 1917 года произошла так называемая «демократизация» наркомании. Если раньше ее считали «столичной и элитной» болезнью, то в последующем широкие слои населения стали употреблять наркотические средства, приобщаясь к так называемой «буржуазной» роскоши. Следует также отметить, что именно в тот период наркотики стали распространяться не только по уездным городам, но и даже в сельской местности [36].

Резкий рост наркотизма населения требовал глубокого осмысления причин, которыми он был вызван, изучения негативных последствий, связанных с употреблением наркотиков, а также выработки мер по борьбе с наркоманией. Именно в 20-30 гг. XX века многие ученые (П.И. Люблянский, М.Н. Гернет, А.М. Рапопорт, А.С. Шоломович, Н.В. Зандер, Л. И. Шейнис, М.П. Кутанин и другие) посвятили свои исследования изучению этой проблемы.

В 1922 г. Н.В. Зандер в своем докладе отмечал не только резкое увеличение

наркозависимых, но и появление детской наркомании [64]. А.С. Шоломович в своих исследованиях указывал, что львиную долю кокаинистов составляла молодежь до 20 лет, среди которых были и бездомные дети, пристрастившиеся к наркотику в 10-12 лет [142]. М.П. Кутанин отмечал, что дети часто переходят к употреблению кокаина с морфия при достаточно быстром повышении дозы [81]. Следует также отметить и высокую долю среди наркозависимых того времени медицинских работников, которые в силу своей профессиональной деятельности имели доступ к морфию, на что указывала Р.Я. Голант [37].

Осознание проблем, связанных с наркотизмом, потребовало от власти принятия незамедлительных мер. Уже в 1923 г. в Москве была проведена первая научная конференция, посвященная проблемам наркотизма в стране [94]. По ее итогам было заявлено, что распространение наркотиков в стране носит характер эпидемии. Для борьбы и профилактики наркомании предлагалось:

- усилить контроль за выдачей наркосодержащих препаратов;
- повысить ответственность за незаконный оборот наркотиков;
- создать специализированные медицинские учреждения для лиц, страдающих наркозависимостью.

Изучив американский опыт борьбы с алкоголизмом («сухой закон»), отечественные ученые М.П. Чубинский и Н.В. Краинский пришли к выводу, что использование только запретительных мер в США породило контрабанду алкоголя, а также послужило причиной появления коррупции и гангстеризма. Эффективная борьба с распространением алкоголизма и наркомании среди населения, по их мнению, должна строиться на разумной социальной политике, включающей как контроль за оборотом алкоголя и наркотиков, так и лечение зависимых людей в специализированных учреждениях [132]. Кроме того, для лиц, совершивших преступления в состоянии опьянения, предлагалось ограничить по судебному решению посещение мест, где продавался алкоголь. Опираясь на доводы ученых, государство взяло заботу о лечении наркозависимых и

ликвидировало необходимость получать преступным путем средства на приобретение наркотиков наркозависимыми. Например, в Свердловске в 1929 г. наркозависимые были прикреплены к аптекам, где могли получать наркотики по рецепту [36]. Уже в начале 1930-х гг. проблема наркомании пошла на спад, а в конце 1930-х гг. в СССР рапортовали об ее «ликвидации».

Следует отметить, что уже в начале XX века на международном уровне предпринимались попытки борьбы с наркотизмом. В 1912 г. в Гааге была выработана первая Конвенция по наркотикам, которая ограничивала оборот опиума [89]. После окончания Первой мировой войны во многих странах увеличилось употребление наркотиков, что потребовало принятия решительных мер как на внутригосударственном, в том числе и уголовно-правового характера, так и на международном уровнях. В рамках деятельности Лиги Наций были приняты несколько соглашений и конвенций в сфере борьбы с наркотизмом и контроля за оборотом наркотических средств (Женевские конвенции 1925, 1931, 1933 гг., Бангкокское соглашение 1931 г. и т.д.) [89].

Предпринятые меры на время помогли сдержать волну наркомании. Уже во время Второй мировой войны был зафиксирован рост количества наркозависимых. Используемые в качестве обезболивающих средств опий и барбитураты стали продаваться на «черном» рынке. В армиях воюющих стран активно применялись амфетамин, метамфетамин и другие виды психостимуляторов, которые использовались для снятия усталости и повышения концентрации внимания [17]. Вместе с тем активное их употребление требовало значительное время для восстановления сил, а длительность эффекта концентрации внимания постепенно снижалась. Регулярное применение психостимуляторов вызывало нервные расстройства, которые нередко становились причиной самоубийств.

В 1950-60-х гг. в западных странах проблема наркотизма снова стала остро проявляться, что было обусловлено рядом причин [38, 146, 148]. С одной

стороны, развитие химии, фармакологии способствовало появлению новых видов наркотических средств и психостимуляторов. С другой стороны, появление новых течений (хиппи [145], битломанов [42] и т.д.) способствовало популяризации наркотических средств в молодежной среде. Движение хиппи, отрицавшее моральные ценности, открыто пропагандировало употребление наркотиков. В Советском Союзе во время хрущевской «оттепели» молодежь получила возможность познакомиться с зарубежной музыкой, модой. Именно с этого периода времени начали отмечаться случаи употребления опия и барбитуратов в молодежной среде. Наркомания опять стала предметом исследования ученых. Необходимо отметить, что в научных работах того времени прослеживались два течения. Представители первого (Э.А. Бабаян, М.Х. Гонопольский), руководствуясь политикой партии, считали, что наркомании в стране нет, а есть единичные случаи экспериментов с наркотическими препаратами, которые не носят социальный характер [36]. По их мнению, наркоманов следует рассматривать как преступников, которые подлежат принудительному лечению. Представители данного направления отстаивали официальную точку зрения, согласно которой отрицалась возможность наркомании при социализме. Соответственно, в государстве не проводилась антинаркотическая пропаганда, что в итоге способствовало росту числа наркозависимых в стране. По мере ослабления идеологического давления на науку в ученых кругах (Я.И. Гишинский, М.В. Казаков М.В. и др.) постепенно менялось отношение к проблемам наркомании (от ее отрицания к необходимости разработки методологии ее исследования и выработки основанных на эмпирических исследованиях рекомендаций для государственных органов). Наркозависимые опять стали рассматриваться как больные люди, а не преступники.

Исследования, проводимые М.В. Казаковым в Алма-Ате о наркотизированных бандах, снова обнажили проблему подростковой наркомании. По его мнению, с этой проблемой в первую очередь должны были заниматься

общественные организации и комсомол [73].

Первым крупным исследованием, посвященным проблемам наркотизма, по праву считается работа, проведенная под руководством А.А. Габияни в период с 1967 по 1972 гг. на территории Грузинской ССР. По итогам исследования им была опубликована книга «Наркотизм», в которой он не только подробно описал социально-демографический состав наркозависимых, их образ жизни, мотивацию употребления наркотических средств, но и представил схему деятельности преступных групп по распространению наркотиков, а также указал свои предложения по борьбе с наркоманией [33].

В конце 1970-х гг. увеличение роста наркозависимых в СССР связывают с популяризацией рок-групп в молодежной среде (возникновением неформального движения), а также с вводом войск в Афганистан. В связи с ростом употребления наркотиков в стране А.А. Габияни в период с 1988 по 1989 гг. проводит крупномасштабное исследование наркоситуации, складывающейся на территории Латвийской ССР, Украинской ССР, Узбекской ССР, в Приморском и Ставропольском крае, в Новосибирской и Горьковской областях. Как и ранее, он обращал внимание на причины употребления наркотиков, источники их получения, способы добычи средства на их приобретение. Ученого интересовали вопросы, связанные с лечением и реабилитацией наркозависимых. В своей работе он пришел к выводу о том, что полное излечение таких больных практически невозможно, поэтому необходимо вообще не допускать знакомства молодых людей с наркотиками [32]. Работа А.А. Габияни показала реальные масштабы проблемы наркомании в стране. Он подчеркивал необходимость увеличения финансирования профилактических мероприятий. Кроме того, данные, полученные в ходе исследования, показывали, что в местах лишения свободы в основном отбывают наказания лица, употребляющие наркотические средства, а не их сбытчики.

В начале 1990-х годов активизировалась исследовательская деятельность по

изучению наркотизма общества. Работы проводили социологи (Л.Н. Рыбаков, Б.М. Левин, М.Б. Левин, М.Е. Позднякова и др.), криминологи (В.И. Омигов, А.Я. Гришко А.Я., В.М. Егоршин и др.), медики (Н.В. Макшанцева, Г.Я. Лукачер и др.), психологи (О.Д. Романова, В.В. Гульдман). В своих исследованиях они пытались найти причины употребления наркотических средств, дать рекомендации как по избавлению общества от этой проблемы, так и по профилактике наркомании.

В 1991 г. М.Б. Левин выделил три уровня типологии территорий по употреблению наркотических препаратов:

- 1) столицы и крупные города;
- 2) города, где происходит смешение восточной и европейской культуры;
- 3) города, которые расположены вне традиционных центров употребления наркотиков, но рядом с которыми обширно засеивали мак и коноплю [82].

Проводя свое исследование, ученый показал, что в конце 1980-х гг. и в начале 1990-х гг. употребление наркотиков в нашей стране было характерно для городских жителей.

В 1992 г. научным коллективом «Галси» (руководитель Г.Г. Силласте) было проведено масштабное исследование состояния наркоситуации в России [120, с. 138-145]. Выводы, которые сделали исследователи, были очень пессимистичные. Во-первых, они спрогнозировали не только рост в будущем наркомании на фоне социальных потрясений, но и увеличение наркозависимости среди женщин. Во-вторых, подтвердили существование наркорынка в России.

В конце 1990-х гг. наркомания в России опять приобрела характер эпидемии. С целью выработки мер по предупреждению распространения наркотических средств среди населения в криминологии выделялось самостоятельное направление – наркокриминология, которая изучала личность наркозависимых и наркопреступников, качественные и количественные характеристики наркопреступлений, факторы, способствующие наркотизации

общества, а также проблемы противодействия незаконному обороту наркотиков. Разработчиками данного направления являлись А.Н. Сергеев, А.А. Майоров, М.Л. Прохорова, А.В. Федоров [141].

Как мы видим, в двадцатом веке проблемы, связанные с наркотизмом, только усилились. Эпидемии наркомании в 1920-х гг. и в 1990-х гг. требовали от ученых глубокого исследования наркотизма. В отличие от исследований, проводившихся в XIX веке, во главе своих работ они ставили изучение причин наркотизации общества, последствий, которые она вызывает в определенную историческую эпоху, а также выработку мер по борьбе с наркоманией. Благодаря рекомендациям ученых, в начале 1930-х гг. практически полностью удалось искоренить наркоманию в стране. Следует отметить, что с середины 1960-х гг. в исследованиях уровня территориального развития наркоситуации в нашей стране в основном освещались криминологические аспекты, которые в большинстве случаев были под грифом «для служебного пользования». Отсутствие должной профилактической работы, обусловленной «замалчиванием» проблемы наркомании, отчасти спровоцировало рост употребления наркотиков в конце 1980-х и в начале 1990-х годов. Исследование только криминологических аспектов не способствовало выработке эффективных мер по регулированию наркоситуации в регионах России.

В конце 1990-х гг. наркомания стала оказывать сильное влияние не только на состояние преступности, но и на социально-экономическое развитие страны в целом (демографию, экономику, общественное здоровье). Требовалось проведение комплексного исследования наркоситуации как России в целом, так и ее регионов с целью выработки оптимальных мер по борьбе с наркоманией.

В исследованиях А.И. Татаркина, В.И. Стародубцева, И.А. Гурбан, А.В. Клевакина наркоситуация стала рассматриваться с точки зрения экономической безопасности [30, 41]. Для диагностирования состояния наркоситуации на региональном уровне А.И. Татаркиным, В.И. Стародубцевым было предложено

шесть индикаторных блоков: медико-биологический, оборот наркотических средств, экономический ущерб от распространения наркомании, демографическая устойчивость, преступность и оборот наркотиков, наркоиммунитет территории. Они особо подчеркивали, что диагностику наркоситуации требуется делать из фактических данных количества наркозависимых, а не из официальных, которые строятся на показателях лиц, состоящих на медицинском учете. Ущерб от распространения наркомании предлагалось рассматривать в трех сферах: демографической, производственно-социальной, бюджетно-финансовой. Был также предложен такой показатель, как критическая масса наркозависимых. Ученые считали, что при превышении минимального порогового уровня могут возникнуть нарушения в устойчивом социально-экономическом развитии территории (необратимые демографические процессы, рост числа опасных заболеваний, в том числе ВИЧ, гепатита и др.). Причиненный экономический ущерб предлагалось подсчитывать в процентном соотношении по отношению к валовому региональному продукту. Сюда включались затраты на лечение и реабилитацию наркозависимых, на приобретение лекарственных средств, на проведение профилактических мероприятий, на содержание правоохранительных органов и т.д. Проведенные ими исследования показали, что в 2003 г. экономический ущерб от распространения наркотиков в ряде регионов превышал 5% валового регионального продукта. Работы И.А. Гурбан и А.В. Калина были связаны с разработкой методики подсчета стоимости социально-экономических последствий, обусловленных наркоманией. Кроме того, они предложили методику расчета латентных характеристик наркоситуации.

Различные аспекты наркотизма рассматривали и отечественные географы-обществоведы. В работах по географии преступности А.Д. Бадова, А.В. Кулакина, К.Ю. Сикач внимание уделялось региональным особенностям наркопреступности [24, 80, 119]. В числе основных факторов, влияющих на уровень преступности, они указывали: географическое, в том числе «геокриминальное» положение,

демографические, социально-экономические и другие факторы. Влияние наркомании на демографическую ситуацию рассматривали А.Г. Пухова, С.Г. Толкунова [106]. Р.Г. Сафиуллин и А.В. Гаврикова рассматривали теоретико-методологические и практические аспекты территориального исследования наркоситуации в регионах [35]. По мнению ученых, регулирование наркоситуации возможно только путем решения комплекса проблем с учетом специфики каждого региона. Оно должно осуществляться по двум направлениям:

1) общественно-правовое направление, которое должно обеспечить снижение роста употребления наркотиков и снизить его незаконный оборот (снижение наркопреступности, снижение деградации наркозависимых, снижение смертности в результате употребления наркосодержащих препаратов, снижение доступности наркотиков, усиление антинаркотической пропаганды в учебных заведениях и т.д., повышение эффективности работы правоохранительных органов);

2) социально-экономическое направление, ориентированное на повышение уровня жизни населения.

Следует отметить, что авторы справедливо подчеркивали, что региональная политика должна осуществляться по этим двум направлениям одновременно. Повышение уровня жизни без пропаганды ее здорового образа, эффективной борьбы с наркотиками в жизни может только ухудшить наркоситуацию, так как наркосбытчики тяготеют к материально благополучным и густонаселенным районам.

В настоящее время именно комплексный подход лег в основу мер по борьбе с наркоманией и наркопреступностью. С 2007 г. в России действует Государственный антинаркотический комитет, который координирует работу в данном направлении. Кроме того, во всех субъектах Российской Федерации были созданы антинаркотические комиссии, возглавляемые главами регионов. Политика по борьбе с наркоманией строится в соответствии со стратегией

государственной антинаркотической политики до 2030 г., которая была утверждена указом Президента РФ в 2020 г. В настоящее время оценка наркоситуации каждого региона включает в себя как криминологические, так и социально-экономические показатели.

Среди зарубежных ученых, занимавшихся исследованием различных аспектов наркотизма, можно выделить работы британского географа Д. Морана, который изучал пространственное распространение наркомании и ВИЧ-инфекции в России и связывал их показатели с социально-экономическим развитием территорий. Им был сделан вывод о том, что географические исследования должны в будущем способствовать установлению причин региональной дифференциации заболеваемости этими болезнями [157]. Д. Ричардсон и И. Чунг изучали пространственные модели употребления наркотиков и наркомании, факторы их обуславливающие [160]. Л. Клаус, М. Гермес использовали метод эмоционального картирования для определения связи между условиями жизни в городских районах и употреблением наркотиков [151, 215]. Можно также отметить и ряд других зарубежных исследователей, которые в своих трудах освещали пространственные аспекты проблем, связанные с наркоманией: М. Кван [156], А. Вальдес [161], Д. ДеВертей [149] и др.

1.3 Методология и методы географического исследования наркоситуации

Научная достоверность исследований и их результатов в значительной степени зависит от правильно выбранной методологической базы. Методология включает в себя целостную систему подходов и методов познания, структурированную на основе логических принципов. В числе основных подходов, используемых для географии исследования наркоситуации, следует отметить системный, территориальный (пространственный) и типологический.

Системный подход предусматривает изучение исследуемого объекта (наркоситуации) как конкретной организованной системы, имеющей собственную структуру и состоящей из взаимосвязанных элементов. Например, проведенные исследования четко указывают на взаимосвязь уровня заболеваемости опиоидной наркоманией с наркопреступностью.

Территориальный подход позволяет учесть пространственные различия субъектов исследования.

Типологический подход предполагает систематизацию территориально-общественных систем на основе общих признаков. Классификация и группировка территорий по определенным типам дает возможность выявить тенденции развития наркоситуации в них, которые должны обязательно учитываться в прогнозных документах и антинаркотических программах.

При выполнении работы использовался ряд общенаучных и географических методов, среди которых следует выделить исторический, метод статистической обработки данных, картографический, сравнительно-географический метод, математический, метод пространственного анализа и др.

Исторический метод применяется во всех общественных и естественных науках. Его применение позволяет исследовать состояние наркоситуации в динамике. Он помогает не только выявить ее устойчивые тенденции, складывающиеся на определенной территории, но и прогнозировать ее развитие в будущем.

Этот метод активно используется в тесном взаимодействии со сравнительным методом, который позволяет сравнить однотипные явления в течение одного и того же промежутка времени (заболеваемость наркоманией, смертность от передозировки наркотиков) в различных регионах, одни и те же характеристики в разные периоды в каждом из регионов. Метод сравнения в исследовании наркоситуации также применяется и отдельно, так как выраженность этого явления в отдельных регионах, за разные промежутки

времени и по видам не одинаково. При этом появляется возможность получить информацию о факторах, влияющих на уровень территориального развития наркоситуации.

Особое место в работе занимает метод статистической обработки данных. Статистическая информация о проявлениях наркотизма населения на определенной территории во многом становится базой для использования других методов и приемов. При анализе статистической информации о наркоситуации были применены как пространственные, так и временные сравнения.

Для получения комплексной картины взаимосвязей между элементами наркоситуации, их связи с социально-экономическими параметрами региона использовались методы математической статистики.

Картографический метод является одним из наиболее удобных способов анализа территориального состояния наркоситуации. Сегодня можно выделить следующие группы карт наркоситуации: уровня заболеваемости наркоманией и ее динамики, карты типологии субъектов по состоянию территориального развития наркоситуации и т.д.

Неотъемлемой частью использования картографического метода является применение ГИС-технологий. Программное обеспечение для ГИС демонстрирует множество показателей, например, количество наркозависимых в расчете на 100 тысяч населения, динамика роста наркопреступности в разных регионах и т.д.

Особое место среди методов географического исследования состояния наркоситуации занимает изучение документов и литературных источников. В представленной работе использованы статистические материалы Росстата, Министерства здравоохранения Российской Федерации, обзоры ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, статистические и аналитические данные Министерства внутренних дел Российской Федерации, Европейского центра мониторинга за наркотиками и наркопотреблением, управления ООН по наркотикам и преступности, доклады Государственного антинаркотического

комитета РФ, антинаркотических комиссий, действующих в субъектах РФ, и т.д. Статистические данные охватывали период с 2000 по 2020 гг. Кроме того, проводился анализ судебной практики, связанной с незаконным оборотом наркотических средств, а также химических исследований и экспертиз наркотических средств, психотропных веществ, психостимуляторов, проводимых на базе ЭКЦ Западного ЛУ МВД России на транспорте.

Исходными территориальными единицами в исследовании выступали субъекты СЗФО России, в отдельных случаях доступная информация анализировалась в целом по России и Европейскому союзу.

Основным объектом исследования состояния наркоситуации в регионе выступает целостная территориально-структурная оценка степени приобщенности населения к употреблению наркотических средств и психотропных веществ, опасных психоактивных веществ, параметры социально-экономических и иных последствий, которые ею обусловлены с учетом специфики конкретной территории.

Сама оценка в целом осуществляется на основе индикаторов, которые можно условно разделить на следующие группы [114]: степень приобщенности населения территории к немедицинскому употреблению запрещенных веществ, медицинские показатели (общая заболеваемость наркоманией, первичная заболеваемость наркоманией, смертность и т.д.), показатели наркопреступности, нагрузка пенитенциарной системы. Они позволяют не только оценить состояние наркоситуации, но и диагностировать произошедшие изменения. Именно индикаторы характеризуют наркоситуацию как развивающуюся систему, которая имеет функционально-пространственные параметры, определенную структуру, иерархию элементов.

Об уровне, интенсивности, структуре, географии наркотизма в регионе говорят индикаторы первой и второй группы, среди которых особо выделяется общая заболеваемость наркологическими расстройствами, связанными с

употреблением наркотиков (далее по тексту – общая заболеваемость). Остановимся на ее характеристике более подробно.

Этот индикатор показывает в абсолютных числах общее количество наркозависимых, а также лиц с пагубным употреблением наркотиков, зарегистрированных в учреждениях здравоохранения на определенной территории к общему числу населения. Хотя этот показатель отражает одну из количественных характеристик состояния наркоситуации в регионе, он сам по себе содержит мало информации для проведения сравнительного анализа различных территорий с разным количеством населения. Кроме того, исключается возможность объективного сравнения таких данных за определенные временные отрезки в пределах даже одной территории в случае значительного изменения численности населения в ней [13].

Следовательно, в региональных исследованиях наркоситуации абсолютные показатели необходимо привести к единому показателю, то есть превратить их в относительные, что откроет возможность для объективного их сравнения [13]. Статистически это возможно достигнуть с помощью расчета коэффициента общей заболеваемости наркологическими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков (далее по тексту – коэффициент общей заболеваемости) [87].

Этот показатель позволяет, во-первых, оценить масштабы заболеваемости на определенной территории (страны, региона, города и т.д.) в динамике с учетом изменения количества населения; во-вторых, проводить сравнение разных территорий по численности населения; в-третьих, судить об эффективности профилактической работы.

В качестве коэффициента общей заболеваемости выступает количественный показатель, отражающий соотношение количества наркозависимых, а также лиц с пагубным употреблением наркотиков, зарегистрированных в учреждениях здравоохранения на определенной территории (или оценочное количество

наркопотребителей по данным социологических опросов) к общему числу населения из расчета на определенное количество жителей (на 1000, 100000, 1000000 жителей). Например, при сравнении населенных пунктов до 100 тыс. населения целесообразно рассчитывать коэффициенты на 1000 человек, до 1 млн человек – на 10000, более 1 млн человек – на 100000 населения. Для оценки деятельности наркологических диспансеров субъектов РФ расчет показателей строится из данных на 100000 населения субъекта, поэтому в представленной работе коэффициенты будут рассчитываться на это количество жителей.

Коэффициент общей заболеваемости для субъектов РФ можно рассчитать следующим образом:

$$Ki = \left(\frac{X}{H} \right) * Ip, \quad (1)$$

где Ki – коэффициент общей заболеваемости;

X – количество наркозависимых, а также лиц с пагубным употреблением наркотиков, зарегистрированных в учреждениях здравоохранения, проживающих на исследуемой территории на отчетный период;

H – численность населения, проживающего на исследуемой территории на конец отчетного периода;

Ip – на 100000 жителей.

Конечно, данный индикатор рассчитывается на все население исследуемого региона, включая детей, лиц пожилого возраста. Между тем существуют определенные возрастные группы риска, среди которых потребление наркотических средств во много выше.

Результаты исследований наркопотребления среди населения в целом, проводимые управлением ООН по наркотикам и преступности, неизменно показывают, что употребление наркотиков среди лиц старшего возраста остается на более низком уровне, чем среди молодежи [196]. По имеющимся данным, максимальный уровень наркопотребления наблюдается среди лиц в возрасте от 18

до 25 лет [185]. Такая общая картина наблюдается в большинстве стран мира.

В этой связи целесообразно выделить коэффициент активности общей заболеваемости, который рассчитывается на численность потенциально наркоактивной части населения. Например, методическими рекомендациями Европейского центра мониторинга наркотиков и наркозависимости (EMCDDA), предусматривается проведение исследований в отношении возрастных групп от 15 до 64, от 15 до 34 [221]. Кроме того, отдельные показатели Центром рассчитываются также в следующих возрастных подгруппах: от 25 до 34, от 35 до 44, от 45 до 54, от 55 до 64 [223].

Данный коэффициент нами предлагается рассчитывать по следующей формуле:

$$Ka = \left(\frac{Xa}{Ha} \right) * Ip, \quad (2)$$

где Ka – коэффициент активности общей заболеваемости;

Xa – количество наркозависимых, а также лиц с пагубным употреблением наркотиков определенной возрастной группы, зарегистрированных в учреждениях здравоохранения и проживающих на исследуемой территории на конец отчетного периода;

Ha – численность населения определенной возрастной группы, входящего в группу риска, проживающего на исследуемой территории на конец отчетного периода;

Ip – на 100000 населения.

Данный индекс позволяет выявить «пораженность» населения, входящего в группу риска. Вместе с тем следует отметить, что в настоящее время государственными учреждениями здравоохранения России не предоставляется информация о количестве наркозависимых, а также лиц с пагубным употреблением наркотиков по возрастным группам, за исключением подростков в возрасте от 15 до 17 лет. Отдельные сведения о пораженности населения других

возрастных групп можно получить из данных социологических опросов, но, в отличие от стран ЕС, они не осуществляются на постоянной основе.

Сравнение отдельных показателей наркоситуации, складывающихся на территории субъектов федерального округа, выявляет значительную диспропорцию между ними. Степень и характер таких диспропорций целесообразно анализировать с помощью индекса локализации, который нами предлагается рассчитывать по следующей формуле (в качестве примера взят расчет индекса локализации общей заболеваемости по субъектам округа):

$$I_{лок} = \left(\frac{X_i}{X_j} \right) / \left(\frac{Y_i}{Y_j} \right), \quad (3)$$

где $I_{лок}$ – индекс локализации общей заболеваемости;

X_i – количество наркозависимых, а также лиц с пагубным употреблением наркотиков, зарегистрированных в учреждениях здравоохранения, проживающих на территории субъекта на конец отчетного периода;

X_j – количество наркозависимых, а также лиц с пагубным употреблением наркотиков, зарегистрированных в учреждениях здравоохранения, проживающих в округе на конец отчетного периода;

Y_i – общая численность населения, проживающая на территории субъекта на конец отчетного периода;

Y_j – общая численность населения, проживающая на территории округа на конец отчетного периода.

Индекс локализации позволяет установить, какие субъекты в округе становятся так называемым «концентратором» наркотизма (если показатель субъекта превышает условную «единицу») [13].

Вместе с тем, анализ территориального состояния наркоситуации не может сводиться к установлению коэффициента общей заболеваемости и его динамики во времени. Для определения основных направлений развития наркоситуации требуется провести интегральную оценку и других показателей (индикаторов),

характеризующих состояние наркотизма. В научных кругах нет единой точки зрения, по каким критериям производить ее мониторинг. Например, А.В. Гаврикова и Р.Г. Сафиуллин предлагают в качестве основных индикаторов оценки состояния наркоситуации в регионе использовать показатели, характеризующие: 1) территориальную степень наркотизма населения; 2) медицинские показатели, отражающие последствия употребления наркотиков; 3) территориальные показатели оценки деятельности правоохранительных органов в сфере незаконного оборота наркотиков; 4) степень доступности наркотиков населению [35].

Ю.Н. Захаров, С.А. Митягин С.А. и А.С. Нерушев для проведения мониторинговых исследований оценки состояния наркоситуации с использованием автоматизированных информационных систем выделили шесть индикаторных блоков: 1) медико-биологический; 2) блок оборота наркотиков; 3) блок социальной стоимости ущерба от распространенности наркомании; 4) блок демографической устойчивости; 5) уровня преступности в сфере незаконного оборота наркотиков (далее по тексту – НОН); 6) блок наркоиммунитета территории [182].

Другие ученые, которые занимались изучением данной проблемы, также предлагали свои критерии оценки [30, 182, 75].

Исходя из анализа предложенных индикаторов, учитывая имеющиеся в открытом доступе статистические данные, интегральную оценку территориального состояния наркоситуации нами предлагается осуществлять с использованием показателей индикаторов, которые условно были разделены на следующие блоки:

- территориальные показатели наркотизма населения, включая структуру наркопотребления;
- медицинские показатели, отражающие последствия употребления наркотиков;

- территориальные показатели наркопреступности;
- территориальные показатели нагрузки пенитенциарной системы.

Расчет значений коэффициентов индикаторов нами предлагается осуществлять по формулам, приведенным в приложении 1.

Для установления взаимосвязи наркотизма с другими социальными явлениями, пространственными характеристиками территории и т.д. используются различные статистические методы, среди которых следует отметить корреляционный анализ. Для его проведения целесообразно перевести основные показатели индикаторов в индексные значения. Данную процедуру нами предлагается осуществить методом линейного масштабирования. Он основан на определении референтных точек (максимальных и минимальных значений индикаторов) и рассчитывается по формуле:

$$Y = \frac{(X - X_{min})}{(X_{max} - X_{min})}, \quad (4)$$

где Y – рассчитанное для субъекта значение индекса;

X – значение показателя в субъекте;

X_{min} – минимальное значение показателя среди субъектов в округе;

X_{max} – максимальное значение показателя среди субъектов в округе.

По этой формуле для каждого субъекта, входящего в состав федерального округа, можно вычислить индексы всех четырех групп. На основании полученных данных можно выделить общий индекс состояния наркоситуации, а также провести типологию субъектов по состоянию территориального развития наркоситуации, по преобладающей структуре наркопотребления, а также группировку субъектов по основным показателям наркоситуации средствами кластерного анализа.

Группировку субъектов по состоянию территориального развития наркоситуации предлагается осуществить методом равных интервалов по формуле [109]:

$$I = \frac{X_{max} - X_{min}}{n}, \quad (5)$$

где I – значение интервала;

X_{\max} – максимальное значение показателя;

X_{\min} – минимальное значение показателя;

n – число групп.

Верхняя граница первой группы определяется путем сложения показателей данных X_{\min} и I .

Показатели заболеваемости по видам употребляемых наркотиков позволяют провести типологию территорий по структуре наркопотребления (наркомании).

Полученные данные позволяют не только диагностировать состояние наркоситуации на определенной территории, но и выявить факторы, которые ее обуславливают, путем различных их соединений (как отдельных индексов, так и полученного общего индекса) с пространственными, социально-экономическими, инфраструктурными и другими ее характеристиками.

Для субъектов округа характерна значительная дифференциация по площади территории, что также необходимо учитывать при оценке наркоситуации. Территориальный компонент позволяет определить наиболее проблемные зоны развития наркомании в округе, регионе, в том числе и по видам наркозависимости. Для сравнения территорий по уровню заболеваемости наркоманией, а также по уровню наркозависимости по употребляемым видам наркотиков предлагается использовать индекс уровня территориальной заболеваемости наркоманией населения, а также индексы уровня территориальной наркозависимости по видам употребляемых наркотиков. Их можно вычислить по следующей формуле (коэффициент Энгеля) [35]:

$$I_{\text{утнн}} = \frac{N}{\sqrt{H * S}}, \quad (6)$$

где $I_{\text{утнн}}$ – значение индекса уровня территориальной заболеваемости наркоманией;

N – общее количество наркозависимых, зарегистрированных в учреждениях здравоохранения, проживающих на территории субъекта на конец отчетного

периода (количество лиц, зарегистрированных в учреждениях здравоохранения по видам наркозависимости, проживающих на территории субъекта на конец отчетного периода);

H – общая численность населения, проживающего на территории субъекта на конец отчетного периода (тыс. человек);

S – площадь исследуемой территории (тыс.км²).

Доступность наркотических средств, психотропных веществ, потенциально опасных психоактивных веществ также достаточно сильно влияет на состояние наркоситуации. Она определяется по двум составляющим: территориальная доступность (доступность возможности приобретения наркотиков на определенной территории) и стоимостная доступность. Развитие теневого сегмента сети Интернет (DarkNet), новых способов доставки запрещенных веществ (международными почтовыми отправлениями, курьерской доставкой и т.д.) способствует распространению запрещенных веществ на территориях, где ранее наркомании практически не было (в силу удаленности, транспортной недоступности). В соответствии с методикой осуществления мониторинга наркоситуации в РФ доступность наркотических средств в пределах исследуемой территории определяется по данным социологических опросов, во время которых респондентам предлагается ответить на вопрос: *«Как Вы думаете, трудно ли достать сегодня наркотики?»*. Определение стоимостной доступности наркотиков методикой в настоящее время, к сожалению, не предусматривается [183].

Вместе с тем анализ цен на запрещенные вещества позволяет определить не только их «привлекательность» для потребителей, но и основные узлы их распространения (например, при оценке стоимости одного и того же вида наркотика по субъектам). Ранее ряд исследователей (Э.М. Виноградова, А.В. Карпец, И.Е. Махров) [75] в качестве критерия определения стоимостной доступности наркотиков предлагали использовать отношение доходов населения

(либо среднемесячной заработной платы) к средней стоимости 1 грамма героина. Анализ мониторинговых исследований, проводимых антинаркотическими комиссиями субъектов России, также показывает, что при определении стоимостной доступности в них указывалась средняя стоимость наркотиков из расчета за 1 грамм. Вместе с тем наркодилеры с целью получения максимальной прибыли часто сбывают не чистый героин, а наркосодержащие смеси, в состав которых он входит. Химические исследования и экспертизы, проводимые в отношении героина, изъятого на территории Калининградской области, показывают, что он представлял собой наркосодержащую смесь, в состав которой входят нейтральные наполнители (например, димедрол) и наркосодержащие компоненты – диацетилморфин (героин), ацетилкодеин, 6-моноацетилморфин и т.д. [14]. Следует отметить, что доля запрещенных веществ в таких смесях не превышает и 10% от общей массы [28]. По факту из 1 грамма чистого героина можно изготовить 10 грамм наркосодержащей смеси. Если брать более сильные по воздействию вещества, например, карфентанил, то их содержание в смеси будет еще меньше [12, с. 151-155]. Данное вещество является сильнейшим опиоидным анальгетиком, сила воздействия которого в тысячи раз превышает мощность единицы героина [14]. И такая картина наблюдается в большинстве субъектов России. В докладах антинаркотических комиссий можно встретить информацию о стоимости запрещенных веществ, изымаемых на их территории. Например, в проекте доклада «О наркоситуации в Санкт-Петербурге в 2015 году» указывалась розничная стоимость 1 грамма героина в размере 1100 рублей [62]. Вместе с тем непонятно, о каком героине идет речь (о «чистом» героине или наркосодержащей смеси, в состав которой он входит).

Обывателю может показаться, что стоимость одного грамма в размере 1100 рублей является достаточно внушительной суммой. Но наркотические средства, психотропные вещества, запрещенные психостимуляторы продаются для конечных потребителей, как правило, в расфасовочном виде, исходя из массы

условной разовой дозы. Например, масса разовой дозы наркосодержащей смеси, в состав которой входит героин, обычно колеблется от 0,03 до 0,06 граммов [14, 192, 193, 194, 195]. Исходя из массы условной разовой дозы в размере даже в 0,05 грамма, можно судить о ее достаточно низкой стоимости в г. Санкт-Петербурге в 2015 г. – всего 55 рублей. Как ранее было отмечено, новые виды наркотиков по силе своего воздействия нередко в несколько раз превышают их «традиционные» аналоги. Например, по данным ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, из 1 грамма карфентанила можно изготовить 100 тыс. условных разовых доз [188]. В связи с этим оперирование стоимостью условной разовой дозы наркотических средств, складывающейся на определенной территории, позволяет более полно установить их доступность для наркопотребителей. Использование стоимости заданной массы вещества (1 грамм, 1 кг и т.д.) при мониторинговых исследованиях целесообразно только для определения зон сбыта, маршрутов поставки наркотиков, эффективности работы правоохранительных органов. Например, существенная динамика цены в пределах одной территории может свидетельствовать об эффективности деятельности правоохранительных органов, осуществляющих борьбу с незаконным оборотом наркотиков, или о недостаточности применяемых мер.

Сам алгоритм проведения географического исследования наркоситуации на любом уровне территориальной иерархии нами предполагает включение пяти этапов, на большинстве из которых анализируются как отдельные показатели состояния наркоситуации, так и социально-экономические параметры территорий.

На первом этапе исследования осуществляется сбор и обработка данных о масштабах наркопотребления в регионе, его структуре, последствий, обусловленных употреблением наркотиков населением и т.д. На втором этапе осуществляется систематизация полученных данных по блокам показателей, производится анализ их динамических рядов, картографическое представление

собранный информации. Третий этап предполагает проведение интегральной оценки состояния наркоситуации, включающей расчет рангового индекса, на основе которого проводится типология территорий по состоянию территориального развития наркоситуации, по преобладающей структуре наркопотребления, а также по основным показателям наркоситуации средствами кластерного анализа. Четвертый этап предполагает выявление факторов, влияющих на текущее состояние наркоситуации, структуру наркомании (наркопотребления), а также определение степени их воздействия на социально-экономическое развитие исследуемой территории. На последнем этапе делаются прогнозы, а также формулируются приоритетные направления по улучшению территориального состояния наркоситуации с учетом структуры наркопотребления, каналов поставок наркотиков. Вариативная составляющая этапов может значительно отличаться в зависимости от целей и акцентов конкретных исследований.

Главная проблема подобных исследований заключается в отборе показателей и характеристик, которыми наиболее точно и качественно описывается как уровень наркотизма, так и специфические проблемы региона, ими обусловленными в определенный период времени. В этой связи с учетом изменений в структуре употребления наркотических средств следует своевременно вносить новые индикаторы оценки состояния наркоситуации. Например, количество отравлений неустановленными психодислептиками (галлюциногенами), неуточненными наркотиками, показатели административной практики, связанные с появлением в общественных местах в состоянии наркотического опьянения, результаты тестирования в целях раннего выявления употребления наркотиков и т.д.

ГЛАВА 2. ГЕОГРАФИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ НАРКОСИТУАЦИИ В СТРАНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА, В РОССИИ И В РЕГИОНАХ СЗФО РОССИИ

2.1. Географическая дифференциация наркоситуации в странах Европейского союза

В рамках представленной работы исследованию пространственно-временных особенностей состояния наркоситуации в ЕС отводится важная роль. За последние десять лет структура наркопотребления в России претерпела значительные изменения, что обусловлено появлением на наркорынке новых видов наркотиков. Она стала схожей со структурой, которая складывалась на протяжении длительного времени на территории ЕС. В последнее время прослеживаются и общие тенденции развития наркоситуации в нашей стране и в странах Европейского союза. Интерес представляет и изучение мер по профилактике наркопотребления среди населения в ЕС. Отсутствие единой антинаркотической политики дает странам-участникам Европейского союза возможность самостоятельно решать проблемы, связанные с употреблением запрещенных и контролируемых веществ. Анализ эффективности таких мер в отношении как наркопотребления в целом, так и отношении конкретных видов наркотиков позволяет выделить наиболее результативные мероприятия, которые целесообразно включать в антинаркотические программы в России.

Среди международных организаций, проводящих антинаркотическую работу на уровне стран Европейского союза, следует выделить «Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании» (EMCDDA) [214], «Группу Помпиду» [220], «Европейские города против наркотиков» (ECAD) [211], «Европейский проект обследования школ по проблеме потребления алкоголя и наркотиков (ESPAD)» [226].

«Группа Помпиду» является старейшим европейским международным органом, который осуществляет взаимодействие различных стран, в том числе и по проведению антинаркотической работы. Данная организация была создана в 1971 г. по инициативе президента Франции Ж. Помпиду. В настоящее время в ней участвуют 47 стран, в том числе и Российская Федерация (с 1996 г.). Экспертами «Группы Помпиду» осуществляется мониторинг наркотизма по городам, отслеживание динамики которой по единой схеме позволяет устанавливать тенденции развития наркоситуации [75]. Исследование в больших городах позволяет на ранней стадии выявить в структуре наркопотребления новые виды наркотиков, что необходимо для установления последствий, которые могут быть ими обусловлены, а также для принятия соответствующих мер реагирования.

ESPAD проводит исследовательскую работу по мониторингу злоупотребления наркотиками подростками в большинстве европейских стран с 1995 г. [210]. Основным инструментом сбора данных – анкетирование.

ECAD было создано в 1994 г. в рамках Стокгольмской резолюции. В настоящее время в проекте участвуют 249 городов из 30 стран мира [211]. Основная цель организации – профилактика наркомании, лечение больных и их реабилитация, выявление каналов поставок наркотиков в европейские страны. Деятельность ECAD осуществляется в форме заседаний, публикаций, подготовки отчетов.

Основной организацией, осуществляющей комплексную оценку состояния наркоситуации в странах Европейского союза, а также в Великобритании, Норвегии и Турции, является Европейский центр мониторинга за наркотиками и наркопотреблением (далее по тексту – EMCDDA), созданный в 1993 г. Анализ наркопотребления среди населения, его структура проводится организацией по данным опросов различных групп населения, статистических данных, данных медицинских учреждений и правоохранительных органов. Среди возрастных групп наиболее широко представлена информация в отношении всего взрослого

населения (15-64 лет) и молодежи (15-34 лет, 15-24 лет, 15-16 лет). Кроме того, оценивается и продолжительность употребления наркотиков (в течение всей жизни, прошлого года, прошлого месяца). Следует отметить, что для установления структуры употребления наркотических средств в крупных городах применяются исследования сточных вод [218].

Данные EMCDDA за 2020 г. показывают, что около 93 млн жителей Европейского союза (включая Великобританию, Турцию и Норвегию) в возрасте от 15 до 64 лет по крайней мере раз в жизни употребляли наркотические средства и психотропные вещества (в 2013 году – 85 млн жителей) [213]. Следует отметить, что введенные ограничительные меры в связи с распространением COVID-19 привели к снижению употребления наркотических средств. В отчете EMCDD за 2021 г. отмечается снижение количества лиц, по крайней мере раз в жизни употреблявших наркотические средства и психотропные вещества (83 млн человек) [221]. Вместе с тем эксперты организации отмечают, что любое сокращение употребления наркотиков, наблюдаемое в первоначальные ограничительные меры, быстро исчезло после смягчения социальных мер дистанцирования.

Наркорынок стран ЕС является крупнейшим в мире. Его минимальная оценка в 2019 г. была сопоставима с 30 млрд евро [189] (в 2013 г. – 24 млрд евро) [172]. В структуре наркорынка лидирующее место занимают каннабиноидные наркотики (39% или 11,6 млрд евро, в 2013 г. – 38% или 9,3 млрд евро). Следует отметить, что набирающий популярность кокаин постепенно вытесняет такие наркотики, как героин, амфетамин, МДМА. По сравнению с 2013 г. его оценка на европейском наркорынке выросла с 24% до 31% в 2019 г. (9,1 млрд евро). Доля героина, амфетаминов, МДМА постепенно снижается. Героина – с 28% до 25%, амфетамина – с 8% до 3%, МДМА – с 3% до 2%.

Самый высокий показатель опыта употребления наркотических средств и психотропных веществ хотя бы раз в жизни, по данным отчетов EMCDDA за 2021

г., был во Франции – 58,4% от всего взрослого населения в возрасте от 15 до 64 лет, в Испании – 46,1%, в Дании – 45,9%, самый низкий – в Греции – 11%, в Венгрии – 14%, в Турции – 4,5% (рис. 1, 2, Приложение 2) [223].

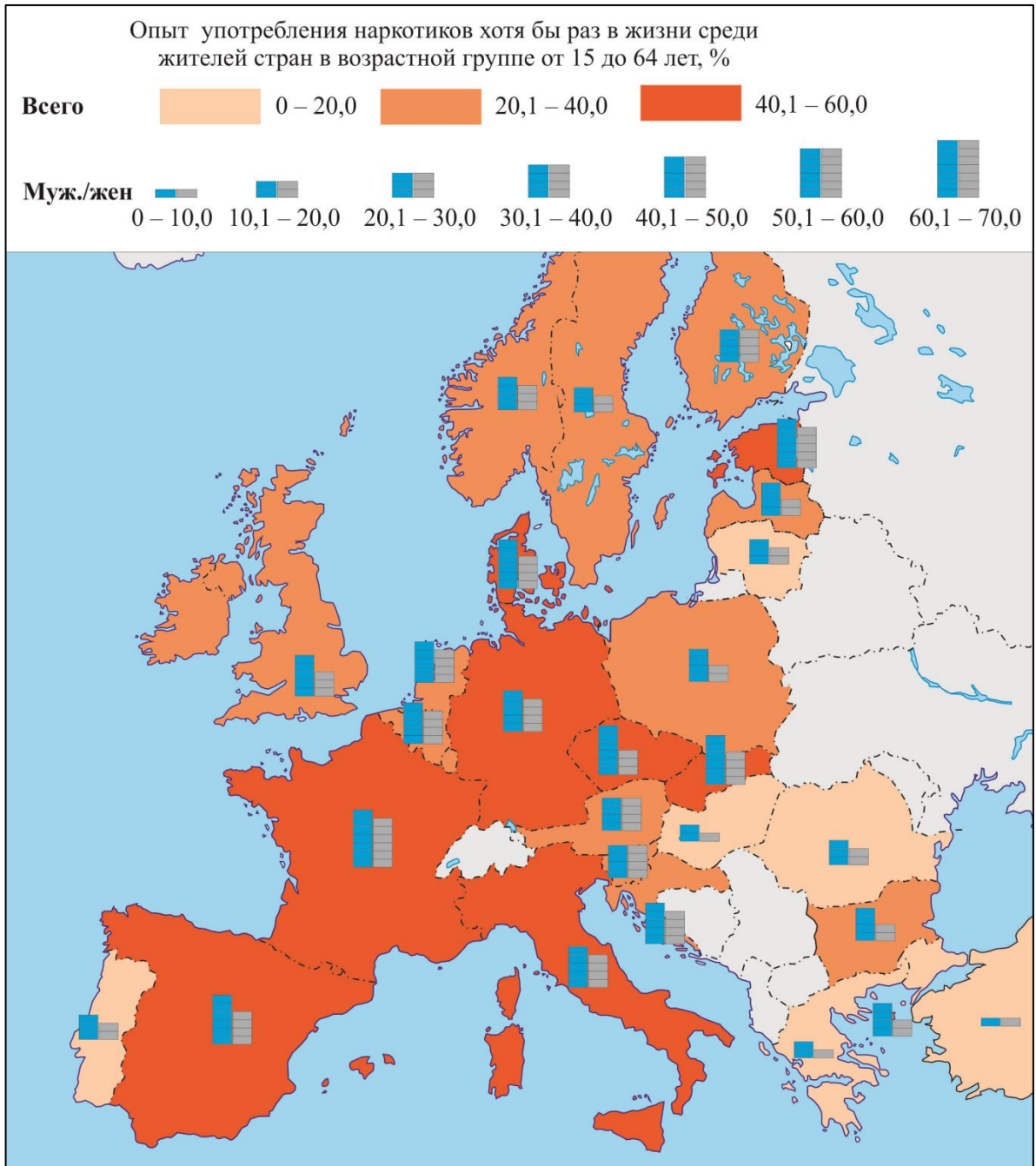


Рисунок 1 – Группировка стран ЕС, Норвегии, Турции, Великобритании по оценочному показателю опыта употребления наркотиков хотя бы раз в жизни среди жителей стран в возрастной группе от 15 до 64 лет по данным EMCDDA за 2021 г.

Источник: составлено автором на основе [223].

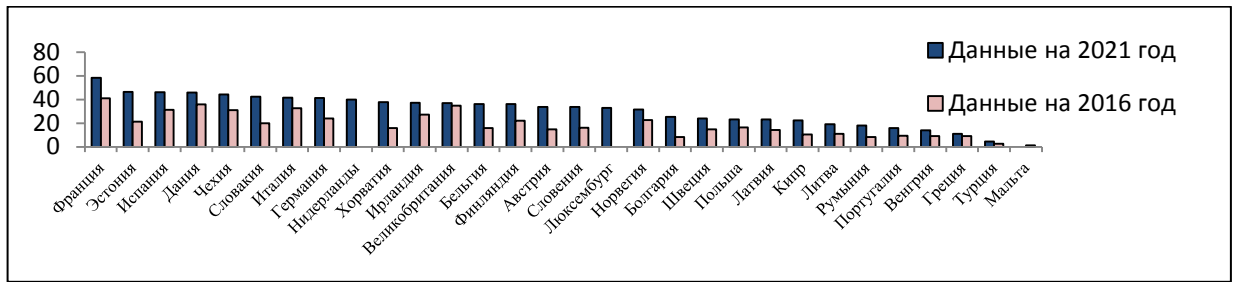


Рисунок 2 – Оценочные показатели опыта употребления наркотических средств хотя бы раз в жизни среди жителей ЕС, Норвегии, Турции, Великобритании в возрастной группе от 15 до 64 лет по данным отчета EMCDDA за 2021 г., 2016 г. в процентном отношении ко всему населению данной возрастной группы

* Данные по Мальте отсутствуют.

Источник: составлено автором на основе [222, 223].

Опыт употребления наркотиков среди лиц молодого возраста (15-24 лет) достаточно высокий во Франции – 58,4 %, в Эстонии - 46,4%, в Испании – 46,1%, самый низкий – в Венгрии – 14%, в Греции – 11%, в Турции – 5,1% (рис. 3, Приложение 3).

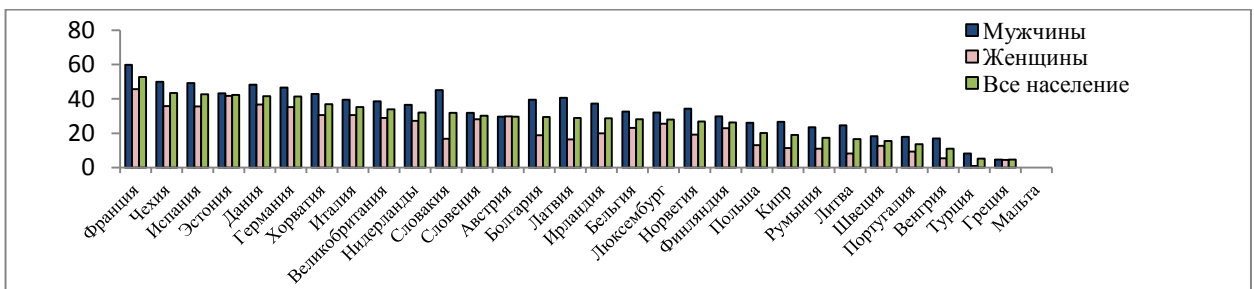


Рисунок 3 – Оценочные показатели опыта употребления наркотических средств хотя бы раз в жизни среди жителей ЕС, Норвегии, Турции, Великобритании в возрастной группе от 15 до 24 лет по данным отчета EMCDDA за 2021 г. в процентном отношении ко всему населению данной возрастной группы

* Данные по Мальте отсутствуют.

Источник: составлено автором на основе [223].

Необходимо отметить, что опыт употребления наркотиков значительно выше у мужчин (50,6 млн), чем у женщин (32,8 млн).

На протяжении длительного времени самыми употребляемыми наркотическими средствами в ЕС остаются каннабиноиды (в основном марихуана и гашиш). Марихуана, как правило, выращивается в самих европейских странах

[212]. Ее крупными производителями являются Испания, Нидерланды, Албания. Основной способ доставки – автотранспорт, почтовые отправления. Кроме того, в некоторых странах ЕС изымалась марихуана, доставляемая из таких стран, как Гана, Нигерия, Таиланд. Гашиш в основном поставляется из Марокко (для доставки в основном используется морской и авиатранспорт) транзитом через Испанию, в меньшей степени через Францию, Италию [174].

По данным EMCDDA за 2021 г., опыт употребления каннабиноидов хотя бы один раз в жизни имели 78,5 млн человек, из них лиц мужского пола – 47,6 млн, женщин – 30,9 млн человек (Приложение 4). Следует отметить, что уровень употребления каннабиноидов значительно различается между странами. По данным EMCDDA за 2021 год, самый большой показатель в возрастной группе населения от 15 до 64 лет был во Франции (44,8%), в Дании (38,4%), в Испании (35,2%), в Италии (32,7%), в Великобритании (29%), в Нидерландах (28,6 %), самый низкий показатель – в Турции (2,7%), на Мальте (4,3%), в Румынии (5,8 %). В возрастной группе от 15 до 24 лет данный показатель во Франции составлял – 52,7%, в Чехии – 42,3%, в Эстонии – 41,7%. Общие опросы населения показывают, что в Европейском союзе ежедневно или почти ежедневно употребляют каннабиноиды около 1,8% взрослых в возрасте 15-64 лет, большинство из которых (61%) находятся в возрасте до 35 лет.

За последние десять лет отмечается рост популярности каннабиноидов в странах Западной Европы (во Франции, Испании, Германии, Италии и т.д.) и снижение в некоторых странах Центральной Европы (в Польше, Чехии), странах Балтии. Популярность каннабиноидов в странах ЕС обусловлена достаточно низкой их стоимостью (цена за 1 грамм марихуаны в 2020 г. составляла от 4,67 евро в Нидерландах, до 32,65 евро в Норвегии) (Приложение 5), декриминализацией ответственности за их употребление в личных целях в ряде стран (Чехия, Нидерланды, Испания, Бельгия и т.д.). В 2019 в странах ЕС 110 тысяч человек прошли лечение от каннабиноидной зависимости, из них 62000

прошли лечение первый раз в жизни [174]. Следует отметить, что в большинстве стран ЕС за период с 2009 по 2019 гг. количество лиц, обратившихся впервые за лечением от каннабиноидных наркотиков, увеличилось на 45%. Наибольшая доля таких больных в Германии, во Франции, наименьшая – в Эстонии и Болгарии. В 2019 г. средний возраст лиц, поступивших впервые на лечение, составлял 25 лет (в 2016 г. – 26 лет). Доля женщин, проходивших лечение в 2019 г., составляла 16%, в 2016 г. – 17%. Розничный рынок марихуаны в 2019 г. оценивался в 11,6 млрд евро. Следует отметить, что наименьшая стоимость марихуаны зафиксирована в странах, где осуществляется ее культивирование или в странах, расположенных близко к большим центрам ее распределения. Например, по данным на 2019 г. самая низкая цена 1 кг марихуаны среди европейских стран была в Испании (1 343 евро), Италии (2 287 евро) [174].

Необходимо подчеркнуть, что по оценкам EMCDDA за последние десять лет содержание тетрагидроканнабинола в марихуане удвоилось с 5% в 2007 г. до 10% в 2017 г., а в гашише увеличилось с 8% в 2007 г. до 18% в 2017 г. при незначительном увеличении их стоимости [174]. Само производство конопли оказывает значительный вред окружающей среде. Ее производство требует значительный расход воды и электроэнергии для освещения. По данным полиции Нидерландов, в 2018 г. в стране на незаконное производство конопли было потрачено около 1 млрд киловатт электричества. Кроме того, нелегальные производители марихуаны активно используют запрещенные химикаты, что приводит к загрязнению почв.

Кокаин остается вторым по популярности наркотиком в странах Европейского союза. Розничный рынок кокаина в регионе оценивается в 11,7 млрд евро по состоянию на 2019 г. Его доля в незаконном рынке ЕС составляет около 31%. В европейские страны он поступает из Латинской Америки в основном морскими контейнеровозами через крупные порты Испании, Бельгии, Нидерландов, Франции, Германии, Италии [172, 174]. Кроме того, часть кокаина

доставляется транзитом через страны Северной и Западной Африки. Небольшие партии наркотика доставляются авиатранспортом. Из крупных европейских узлов распределения кокаин распространяется в другие страны сухопутным транспортом, почтовыми отправлениями. Следует также отметить, что территория ЕС и балканского региона используется для транзита кокаина для других рынков (стран Ближнего Востока, Азии, России и т.д.) [212]. Количество его потребителей оценивается в 13,9 млн человек (9,6 млн мужчин и 4,3 млн женщин). Данные EMCDDA за 2021 год свидетельствуют о достаточно высоком показателе опыта употребления кокаина в возрастной группе от 15 до 64 лет в странах Западной и Центральной Европы (Великобритания (10,1%), Испания (11,2%), Ирландия (7,8%), Италия (6,9%), Нидерланды (6,5%) и т.д.) и низком – в странах Восточной и Юго-Восточной Европы (Польша (0,7%), Мальта (0,3%), Румыния (0,7%) и т.д.) (Приложение 6).

Необходимо добавить, что в большинстве стран Европейского союза за последние десять лет отмечается тенденция роста популярности употребления кокаина среди населения. Эти данные подтверждаются рекордным числом изъятия кокаина в 2019 г. в странах ЕС – 213 тонн (в 2017 г. – 142 тонны), из которых 65 тонн приходились на Бельгию, 44 тонны – на Нидерланды, 38 тонн – на Испанию, а также увеличением его остатков в сточных водах в крупных европейских городах. Следует также отметить значительное увеличение концентрации остатков кокаина до 75% в сточных водах в выходные дни по сравнению с рабочими [174]. Кроме того, отмечается повышение чистоты кокаина при стабильной розничной цене за последние десять лет (в 2019 г. достигла уровня, на 57% превышающего показатель 2009 г.) [174]. В зависимости от чистоты и близости территории по отношению к крупным зонам сбыта средняя розничная цена кокаина за 1 грамм колеблется от 32,5 евро (Португалия) до 103,7 евро (Кипр) (Приложение 5).

В 2019 г. за наркологической помощью от кокаиновой зависимости

обратилось 45 тысяч человек или 14% от общего количества наркозависимых. Средний возраст лиц, обратившихся впервые за помощью, составлял 35 лет, при среднем возрасте первого употребления в 23 года. За период с 2014 по 2019 г. количество лиц, обратившихся за помощью от кокаиновой зависимости, увеличилось в 17 странах [174]. Употребление кокаина оказывает негативное влияние на сердечно-сосудистую систему человека, а также на психическое здоровье. Риски для здоровья повышаются при употреблении его инъекционным способом, а также в сочетании с алкоголем, другими наркотическими средствами. Следует отметить, что каждый седьмой случай, связанный со смертельной передозировкой наркотиками, обусловлен употреблением кокаина. Большинство таких случаев происходит на фоне его потребления с другими наркотиками, прежде всего с опиатами [174].

МДМА (3,4-метилендиоксиметамфетамин) является достаточно распространенным психостимулятором в странах ЕС. Розничный рынок МДМА в 2019 году оценивался в 0,6 млрд евро. Данное вещество не только незаконно производится на территории ряда стран Европейского союза, но и экспортируется в другие регионы мира, в том числе и в Россию. По предварительным оценкам в 2021 г. в европейских странах насчитывалось 12,1 млн потребителей данного вещества. Среди европейских стран опыт употребления данного вида наркотика в возрастной категории от 15 до 64 лет достаточно высокий в Нидерландах (10,3% от всего взрослого населения), в Великобритании (9,9%), в Ирландии (9,2%), в Эстонии (5,4%), в Чехии (5,3%), в Финляндии (5%), самый низкий показатель – в Румынии (0,5%) и Португалии (0,7%) (Приложение 7).

Данные EMCDDA за 2021 г. показывают, что 2 миллиона молодых людей в возрасте 15-34 лет употребляли МДМА хотя бы один раз в течение года (1,9% этой возрастной группы). Рост употребления данного наркотика за последние десять лет отмечается в основном в западноевропейских странах [174]. В большинстве стран Центральной, Юго-Восточной Европы, средиземноморских

странах он теряет свою популярность. Если говорить о стоимостной доступности данного наркотического средства, то его цена за 1 таблетку варьируется от 4 евро (Нидерланды, Польша) до 17,6 евро (Италия) (Приложение 5). Следует отметить, что МДМА в основном распространяется в форме таблеток и порошков. Очень часто он употребляется с другими психоактивными веществами, алкоголем. Традиционно в странах ЕС с высоким уровнем распространения МДМА потребление «экстази» и других видов наркотиков связано с культурой посещения данс-клубов, вечеринок и других заведений, популярных среди молодежи [181]. В 2019 г. доля лиц, обратившихся за наркологической помощью от зависимости от МДМА, составила 0,4% от общего числа больных (1393 человек), что незначительно превышает показатель 2016 г. (0,3%, или 1287 человек) [174].

По данным EMCDDA, амфетамин является достаточно распространенным психостимулятором в странах Западной Европы. Его розничный рынок в 2019 году оценивался в 0,9 млрд евро. Опыт употребления в течение жизни в возрастной группе от 15 до 64 лет по разным странам варьируется от 0,2% в Румынии до 8,6% в Великобритании (Приложение 8).

Данные EMCDDA за 2021 г. показывают, что 1,4 миллиона молодых взрослых (от 15 до 34 лет) употребляли амфетамины в течение последнего года (1,4% от этой возрастной группы) [174]. Основными производителями психостимулятора в Европейском союзе являются Нидерланды, Бельгия и Польша [174]. Если рассматривать динамику его употребления за последние 10 лет, то можно отметить, что в большинстве стран ЕС интерес к нему постепенно снижается. В 2019 г. за наркологической помощью от амфетаминовой зависимости обратилось 13 тысяч пациентов – 4% от общего количества наркозависимых [174]. Средний возраст лиц, обратившихся впервые за помощью, составлял 31 год, при среднем возрасте первого употребления в 21 год. Соотношение между полами – 25% (женщины) и 75% (мужчины). Основной

способ употребления амфетамина – интраназальный 65% (пероральный – 16%, инъекционный – 11%). Цена амфетамина варьируется от 7,2 евро за 1 грамм (Бельгия) до 46,3 евро (Чехия) (Приложение 5). В настоящее время отмечается незначительное повышение чистоты амфетамина по сравнению с 2007 г. Анализ сточных вод по городам Европы показывает, что его остатки по дням недели распределяются более равномерно, при небольшом увеличении по выходным дням [174].

Опиоидные наркотики, включая героин, представляют серьезную угрозу для здоровья населения. В странах ЕС 76% смертельных передозировок приходилось на данную группу наркотических средств. По экспертным оценкам, распространенность употребления опиоидов, сопряженных с высоким риском в возрастной группе от 15 до 64 лет, оценивается на уровне 0,35% от общей численности населения ЕС [174]. Оценка распространения опиоидов в странах ЕС среди лиц в возрасте от 15 до 64 лет колеблется от менее 1 до 8,4 случаев на 1000 человек. Большинство потребителей наркотиков данной группы проживает в Великобритании, Финляндии. Наиболее низкий уровень распространенности потребления опиоидов отмечается в Нидерландах, Польше, Венгрии, Турции (рис. 4, Приложение 9).

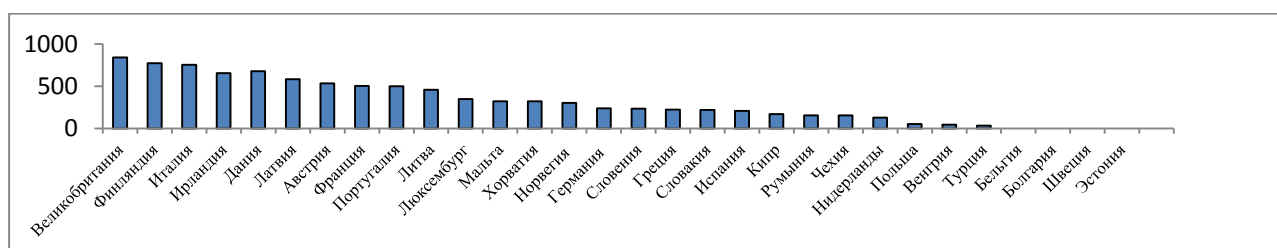


Рисунок 4 – Среднее количество опиоидных наркозависимых на 100 тыс. населения в возрастной группе от 15 до 64 лет по данным отчета EMCDDA за 2021 г.

* Данные по Бельгии, Болгарии, Швеции и Эстонии отсутствуют.

Источник: составлено автором на основе [174].

В 2019 г. за наркологической помощью от опиоидной зависимости

обратилось 84 тыс. человек или 27% от общего количества наркозависимых [174]. Средний возраст лиц, обратившихся впервые за помощью, составлял 36 лет, при среднем возрасте первого употребления в 23 года. Соотношение между полами – 19% (женщины) и 81% (мужчины). Следует отметить, что количество лиц, впервые обратившихся за помощью от опиоидной зависимости, постепенно сокращается.

Среди опиоидных наркотиков наибольшее распространение получил героин. Данный наркотик в основном поступает в страны ЕС из Афганистана по так называемому «Балканскому» маршруту через Турцию, страны Балканского полуострова сухопутным транспортом и «Южно-Кавказскому» маршруту из Ирана через Армению, Азербайджан или Грузию с последующей контрабандой на пароммах через Черное море. Небольшая часть героина контрабандой доставляется и по так называемому «Северному» маршруту через территории стран Средней Азии, Республики Беларусь, Украины, Российской Федерации. Следует отметить, что, по данным управления ООН по наркотикам и преступности, ограничительные меры, введенные в связи с распространением COVID-19, способствовали становлению нового маршрута доставки наркотика в страны ЕС по «Южному» маршруту через страны Аравийского полуострова, Африки с использованием морского транспорта [206]. Надо отметить, что в некоторых странах ЕС отмечались случаи подпольного изготовления героина (Греция, Чехия, Испания, Нидерланды, Болгария) [176]. Рынок героина в 2019 г. оценивался в 7,5 млрд долларов. Основными странами сбыта наркотика в Европе являются Великобритания, Франция, Италия, Германия и Испания.

Синтетические опиоиды изготавливаются в странах ЕС, а также частично доставляются из Китая и Российской Федерации [174]. Особое беспокойство вызывает фентанил, с которым связано большое количество отравлений. Данное наркотическое средство распространено в странах Балтии.

В странах Европейского союза на долю опиоидов приходится наибольшее

количество смертей от передозировки (10 из 26 случаев) [174]. Кроме того, инъекционный способ употребления наркотиков данной группы способствует распространению таких инфекционных заболеваний, как ВИЧ, гепатит, туберкулез и т.д. Цена 1 грамма героина в странах ЕС варьируется от 18,5 евро (Бельгия) до 140 евро (Ирландия) (Приложение 5). Следует отметить, что в настоящее время наблюдается «старение» большинства активных потребителей героина в европейских странах. Исследования показали, что за период с 2006 по 2015 гг. средний возраст типичного героинового наркомана в странах ЕС увеличился на 4 года.

В Европейском союзе набирают популярность и новые психоактивные вещества (стимуляторы, синтетические каннабиноиды, галлюциногены и т.д.), которые разрабатываются с целью обхода мер государственного контроля. Большинство из них изготавливается на основе существующих видов наркотиков путем модификации их молекулярной структуры, в результате чего получается новое вещество со схожим фармакологическим свойством [83]. Только в 2019 г. на европейском наркорынке было обнаружено более 400 НПВ [174]. Многие из них обладают более сильным действием, чем их контролируемые аналоги, что позволяет даже из 1 грамма вещества изготовить несколько тысяч условных разовых доз (например, карфентанил) [130]. Для контрабанды высокотоксичных НПВ можно использовать простые почтовые отправления.

Среди данных веществ особо выделяются синтетические каннабиноиды и синтетические катиноны (в качестве альтернативы таких наркотиков, как кокаин, амфетамин, МДМА). Основными производителями новых психоактивных веществ (НПВ) в мире являются Китай, Индия. Часть НПВ производится и на территории ЕС (Нидерланды, Польша, Словакия, Эстония и т.д.). Привлекательность данных веществ определяется достаточно низкой стоимостью, легкой доступностью в приобретении и достаточно сильным воздействием на организм, что способствует их распространению среди маргинальных слоев

общества. Опросы, проводимые EMCDDA среди населения стран ЕС в возрасте от 15 до 64 лет, показывают, что количество их потребителей варьируется от 0,1% до 1,4% указанной возрастной группы [174]. Показатели в возрастной категории с 15 до 34 лет и с 15 до 16 лет намного выше (от 0,2 % до 3,2% и от 0,8 % до 8,3% соответственно). Несмотря на относительно низкую удельную долю НПВ в общей структуре наркотиков, их распространение вызывает определенную озабоченность. В большинстве случаев неизвестны последствия их употребления. Появление новых психоактивных веществ может вызвать волну отравлений, в том числе и со смертельным исходом. Если говорить о негативных последствиях употребления наркотических средств по странам ЕС, то следует подчеркнуть, что такие последствия сильно зависят от структуры и способа потребляемых наркотиков в конкретной стране.

Самый высокий показатель смертности от передозировки наркотиками среди наркозависимых в возрастной группе с 15 до 64 лет на 100000 жителей на протяжении последних лет наблюдается в большинстве стран Северной Европы. По данным EMCDDA за 2021 год, самые высокие показатели отмечались в Швеции и в Норвегии – 7,7, в Ирландии – 7,1, в Финляндии – 6,5, в Великобритании – 7,6, самые низкие – в странах Юго-Восточной Европы (Болгария – 0,2, Румыния – 0,3) (рис.5, 6, Приложение 10).

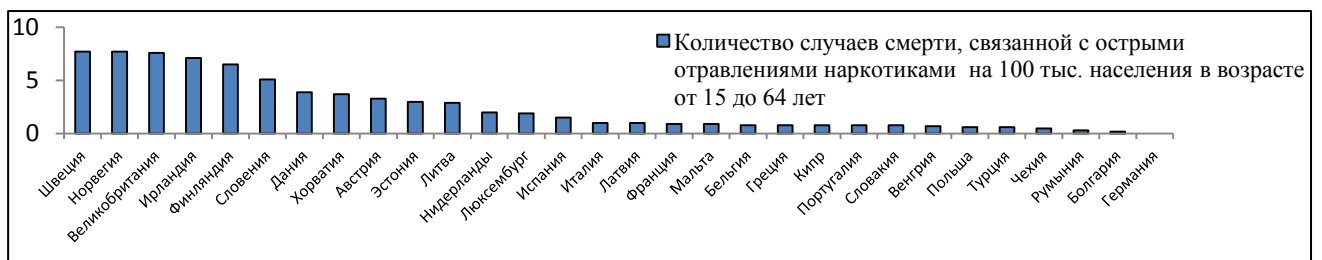


Рисунок 5 – Показатели смертности, обусловленной острыми отравлениями наркотиками, по странам ЕС в возрастной группе от 15 до 64 лет на 100 тыс. человек по данным EMCDDA за 2021 г.

Источник: составлено автором на основе [174].

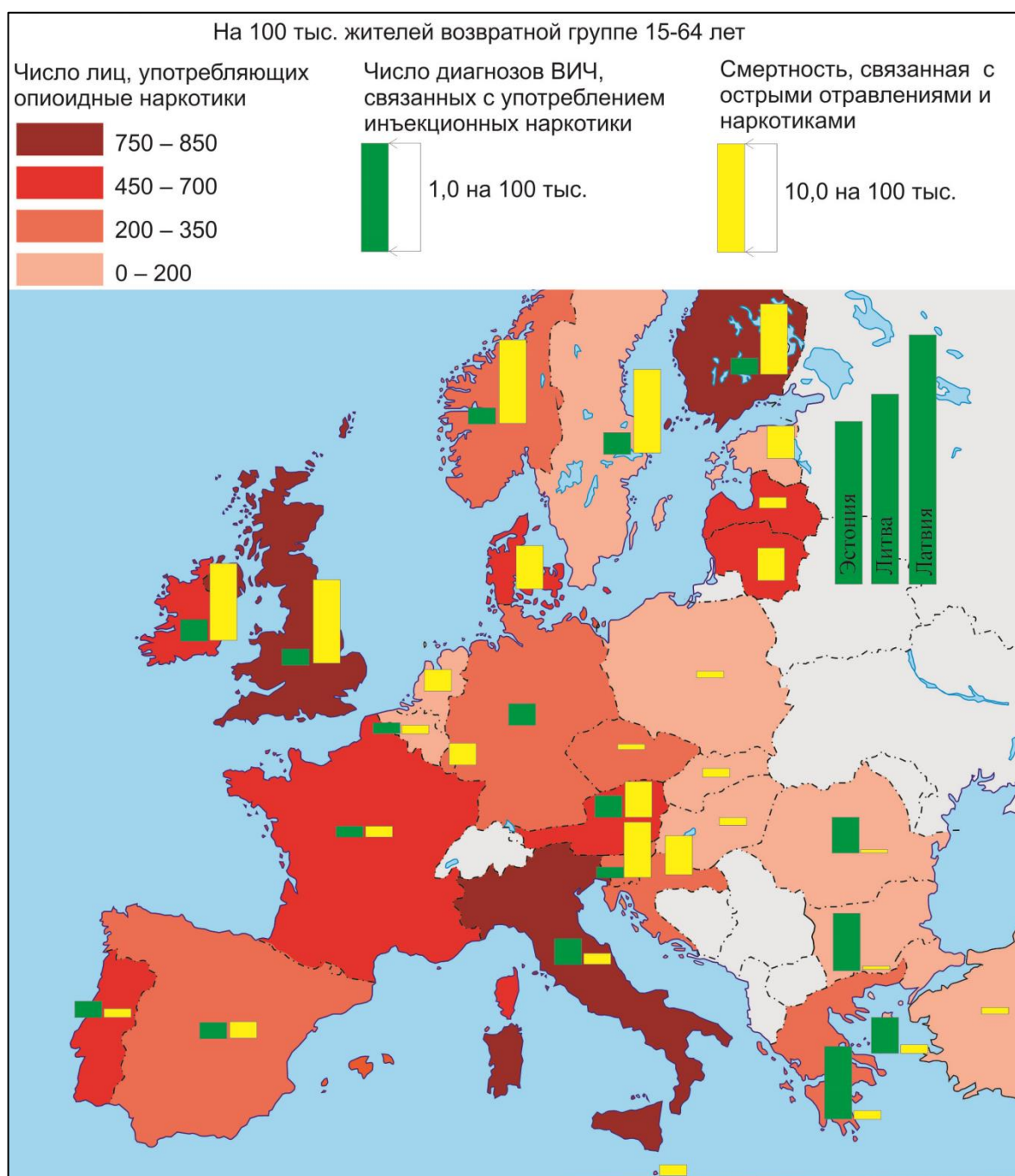


Рисунок 6 – Группировка стран ЕС, Норвегии, Турции, Великобритании по оценочному показателю лиц, употребляющих опиоидные наркотики в возрастной группе от 15 до 64 лет (на 100000 населения), включая данные о смертности, связанной с острыми отравлениями наркотиками, а также о количестве диагнозов ВИЧ, обусловленных употреблением инъекционных наркотиков.

Источник: составлено автором на основе [174].

Необходимо отметить, что показатель смертности от передозировки наркотиками имеет тенденцию незначительного снижения. По данным EMCDDA

за 2016 г., данный показатель составлял 1,83 случая на 100 тыс. населения [173]. Высокие показатели смертности от передозировки наркотиками, которые характерны для стран Северной Европы, обусловлены значительной долей наркозависимых, употребляющих опиоидные наркотики [173]. Инъекционное употребление наркотиков является наиболее опасным способом их потребления. Переход на внутривенное введение наркотических средств обусловлен следующими причинами. Во-первых, употребление наркотиков интраназально в дальнейшем может не приносить былой эффект. Во-вторых, при инъекционном способе эйфория у наркозависимого наступает практически сразу после введения вещества. В-третьих, для приготовления раствора требуется меньше расходовать само наркотическое средство [200]. Несмотря на доступность одноразовых шприцев, многие наркозависимые, пренебрегая своим здоровьем, при коллективном употреблении наркотиков могут использовать общий шприц, что способствует распространению среди них инфекционных заболеваний. С 2014 г. отмечается тенденция постепенного снижения употребления наркотических средств и психотропных веществ данным способом (с 22 случаев на 1000 населения в 2014 г. до 11,3 в 2019 г.) [174]. Самый высокий показатель употребления наркотических средств инъекционным способом среди стран ЕС на протяжении последних лет остается в странах Балтии, а также в Чехии (рис. 7, Приложение 10). Внутривенное потребление наркотиков менее распространено в странах Западной Европы и средиземноморских странах ЕС.



Рисунок 7 – Среднее количество инъекционных наркозависимых на 100000 человек в возрастной группе от 15 до 64 лет по данным отчета EMCDDA 2021 г.

* Данные по Австрии, Болгарии, Великобритании, Германии, Дании, Ирландии, Италии, Мальты, Польши, Румынии, Словакии, Словении, Турции, Швеции отсутствуют.

Источник: составлено автором на основе [174].

Для стран Балтии также характерен высокий уровень заболеваемости наркозависимых ВИЧ-инфекцией. По данным отчета EMCDDA за 2021 г., при среднем показателе по ЕС в 0,16 случаях заражения вследствие внутривенного употребления наркотиков на 100000 населения данный показатель в Эстонии был на уровне – 1,5 случаев, в Литве – 1,72, в Латвии – 2,29 (Приложение 10).

Необходимо подчеркнуть, что, по данным EMCDDA за 2016 г., этот показатель по странам Европейского союза был значительно выше (средний показатель по ЕС – 0,29 случая на 100000 населения, в Эстонии – 5,1, в Латвии – 3,7, в Литве – 1,3 (Приложение 10).

Для предупреждения распространения инфекционных заболеваний среди наркозависимых, употребляющих наркотические средства инъекционным способом, в странах ЕС действует программа по распространению одноразовых шприцев. В странах с высоким уровнем заражения ВИЧ-инфекцией, обусловленных внутривенным введением наркотиков, отмечается довольно низкий уровень предоставления одноразовых шприцев. Так, в Латвии, где оценочное количество наркозависимых, употребляющих наркотики инъекционным способом на 100 тыс. населения в 2021 г. составляло 530-680 человек, было роздано всего 968 тыс. шприцев (количество диагнозов ВИЧ, связанных с употреблением инъекционных наркотиков, на 100 тыс. населения – 2,29). В Чехии, где количество таких наркозависимых от 580-610 человек на 100 тыс. населения, было роздано более 7 млн шприцев (количество диагнозов ВИЧ, связанных с употреблением инъекционных наркотиков, на 100 тыс. населения не зафиксировано) (Приложение 10).

Наркомания и преступность взаимосвязаны. Увеличение количества наркозависимых сказывается на увеличении преступности, связанной как с незаконным оборотом наркотиков, совершением преступлений в состоянии наркотического опьянения, так и других видов преступлений (например, легализация денежных средств, полученных от торговли наркотиками, подкуп

должностных лиц). Кроме того, доходы, полученные от торговли наркотиками, могут быть использованы и для финансирования других преступлений, в том числе терроризма, экстремизма. Следует отметить, что в странах ЕС нет единой политики в сфере борьбы с незаконным оборотом наркотиков. В ряде стран действуют довольно жесткие законы даже в отношении потребителей наркотических средств, предусматривающие привлечение к уголовной ответственности за их употребление (Греция, Франция, Финляндия, Швеция) [186]. В некоторых странах запрещено и наказуемо употребление наркотиков в общественных местах (Испания, Люксембург, в некоторых городах Нидерландов), но влечет только административное наказание. Необходимо подчеркнуть, что с 2000 г. в странах ЕС наблюдается общая тенденция к снижению вероятности назначения тюремного заключения или другого вида лишения свободы за хранение небольшого количества наркотиков без цели сбыта. Некоторые страны пошли на декриминализацию статей, связанных с хранением определенного количества наркотиков без цели сбыта (Чехия, Латвия, Литва, Испания, Португалия, Италия и т.д.).

В 2020 г. в ЕС было зарегистрировано 1554753 правонарушений в сфере незаконного оборота наркотиков (в 2010 г. – 1108700) (Приложение 11). Наибольшее количество правонарушений, связанных с оборотом наркотиков, из расчета на 100000 населения приходится на страны Северной и Западной Европы, наименьшее – на страны Восточной и Юго-Восточной Европы (рис. 8).

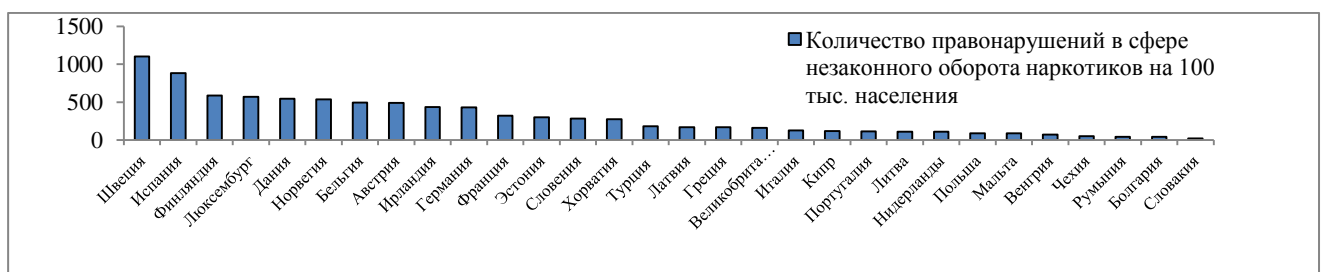


Рисунок 8 – Количество правонарушений в сфере незаконного оборота наркотиков в расчете на 100000 населения по данным отчета EMCDDA 2021 г. Источник: составлено автором на основе [223].

Наибольшее количество правонарушений было связано с употреблением или незаконным хранением наркотиков (в 2019 году – 1287891, в 2008 году – 961166), с незаконными поставками, сбытом (в 2019 году – 250640, в 2008 году – 235822). Если рассматривать структуру правонарушений по видам наркотических средств, психотропных веществ, то наибольшее количество их приходилось на каннабиноидные наркотики, кокаин, амфетамин, героин, MDMA (Приложение 12). Следует отметить, что только в 2019 г. было ликвидировано 370 подпольных лабораторий по производству наркотиков [174]. Наблюдается тенденция производства запрещенных препаратов рядом с зонами сбыта. Особую тревогу вызывает производство новых видов синтетических наркотиков, которые не имеют географических ограничений, так как не связаны с извлечением алкалоидов из наркосодержащих растений. Только в 2020 г. в странах ЕС было выявлено 46 НПВ, а всего под наблюдением находится около 830 веществ. Синтетические наркотики производятся во многих странах ЕС: в Нидерландах, Бельгии, Польше, Чехии, странах Балтии и т.д. [174]. Розничная торговля наркотиками все больше происходит с использованием сети Интернет («Даркнет»), социальных сетей и мессенджеров (WhatsApp, Telegram, Instagram, Твиттер и Facebook и т.д.). В ряде стран ЕС существуют подпольные колл-центры, которые осуществляют доставку наркотиков до потребителя при помощи курьерских служб.

В качестве эффективных мер по борьбе с наркотизацией населения в странах ЕС можно привести Шведскую модель, которая строится на создании общества без наркотиков [139]. Данная модель включает следующие виды деятельности: первичная профилактика, предупреждение употребления наркотиков, лечение и реабилитация наркозависимых, борьба с незаконным оборотом наркотиков.

Первичная профилактика предусматривает доведение до общества

информации об опасности всех видов наркотиков без исключения. Кроме того, в рамках школьного обучения проводится программа наркотического воспитания [16]. Предупреждение употребления наркотиков заключается в раннем выявлении злоупотребления наркотическими средствами и принятия соответствующих мер реагирования. Необходимо подчеркнуть, что политика нетерпимости к наркотикам поддерживается обществом в целом и дает свои результаты. По сравнению с 1971 г. количество подростков в возрасте 15-16 лет, употребляющих наркотики, в Швеции снизилось с 15% до 6% в 2006 г. [20].

Как мы видим, незаконный оборот наркотиков, структура наркопотребления и последствия, с ним связанные, в странах ЕС очень сильно зависят от их экономико-географического положения, природно-климатических условий, уровня развития транспортной инфраструктуры (особенно морской), расположения относительно крупных узлов распределения наркотиков. Основными негативными тенденциями на наркорынке ЕС является увеличение количества наркозависимых, омоложение наркомании, повышение чистоты традиционных видов наркотиков при достаточно стабильной цене на них, вытеснение традиционных видов наркотиков новыми синтетическими видами. Развитие новых технологий производства наркотических средств, психотропных веществ, способов их доставки способствует распространению наркомании среди населения Европейского союза.

Если говорить о наркоситуации в странах ЕС, которые граничат с РФ, то следует отметить, что она развивается по негативному сценарию. В Скандинавских странах и странах Балтии наибольшее распространение получили опиоидные и синтетические наркотики. Как и в большинстве стран ЕС, общее количество лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами, в них растет. Структура наркопотребления обуславливает в них высокий уровень наркозависимых, употребляющих наркотические средства инъекционным способом, высокий уровень смертности от передозировки наркотиками, а также

заражения ВИЧ-инфекцией вследствие внутривенного потребления наркотиков. Кроме того, на территории стран Балтии, в Польше подпольно производится ряд синтетических наркотиков.

Как уже ранее отмечалось, из стран ЕС (или транзитом через них) в Россию контрабандно завозят синтетические каннабиноиды, кокаин, синтетические наркотики. При выработке антинаркотических программ на уровне субъектов РФ, которые граничат со странами ЕС, необходимо обязательно учитывать состояние наркоситуации в них. Появление на наркорынке приграничных стран новых веществ без принятия предупредительных мер может негативно отразиться на состоянии наркоситуации в этих субъектах.

2.2. Географическая дифференциация наркоситуации в России

Наркотизация населения Российской Федерации является объективной реальностью, и тенденции ее развития требуют особого внимания. Оценивая состояние проблемы, следует учитывать ее территориальные и структурные особенности.

В отличие от стран ЕС мониторинг наркологической ситуации в России осуществляется в основном с помощью показателей государственной статистики. Кроме того, в рамках профилактических медицинских осмотров обучающихся в образовательных учреждениях все чаще стали проводить обследование на предмет употребления учащимися наркотиков. Вместе с тем такие исследования не применяются широко. Например, в 2019 г. ими было охвачено только 59338 студентов, обучающихся в организациях высшего образования [46]. Следует отметить, что подобные обследования проводятся, как правило, на добровольной основе, за исключением учебных заведений военного и правоохранительного профиля. В том же году 1277 студента отказались от прохождения осмотра. Социологические опросы, связанные с оценкой наркоситуации в стране, как правило, охватывают небольшие группы населения.

Среди данных государственной статистики важную роль в проведении анализа наркоситуации в стране отводится медицинским данным, подготовленным учреждениями Министерства здравоохранения Российской Федерации, среди которых особое место занимает ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

На основе данных центра формируются такие базовые показатели наркоситуации, как:

- «Общая заболеваемость наркологическими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков», которая включает количество лиц с синдромом зависимости от наркотиков (наркомании) и лиц с пагубным употреблением наркотиков, выявленных в течение года из расчета на 100000 населения. При этом учитываются все случаи заболеваний, которые установлены как впервые, так и при повторном (в том числе многократном) обращении по поводу этого заболевания;

- «Первичная заболеваемость наркологическими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков», которая включает количество больных с синдромом зависимости от наркотиков (наркомании) и лиц с пагубным употреблением наркотиков, выявленных впервые в жизни в данном году из расчета на 100000 населения.

Согласно медицинским данным, в 2020 г. в России общее число зарегистрированных потребителей наркотиков, включая больных наркоманией и эпизодических потребителей (далее по тексту – общая заболеваемость), составило 381505 тысячи человек или 260 человек на 100000 населения [47]. Следует отметить, что за период с 2010 по 2020 гг., согласно официальным данным, показатель общей заболеваемости сократился на 28%. (рис. 9).

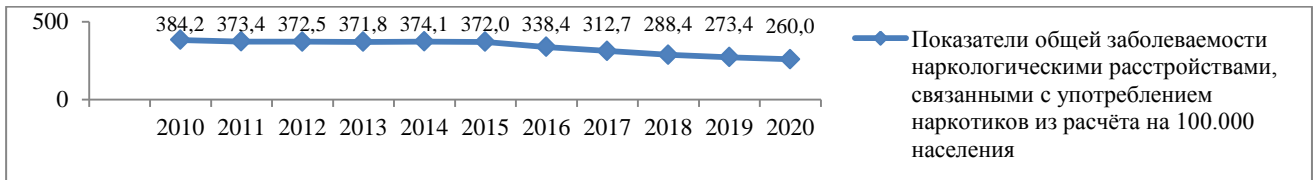


Рисунок 9 – Динамика общей заболеваемости нарколоическими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, в Российской Федерации за период с 2010 г. по 2020 г. на 100000 населения

Источник: составлено автором на основе [45, 47, 97, 98, 99, 100].

Следует отметить, что по экспертным оценкам количество незарегистрированных в учреждениях здравоохранения лиц с нарколоическими расстройствами вследствие злоупотребления наркотиками в несколько раз больше (в 9-10 раз) [34, 51].

По данным социологических опросов, проводимых антинаркотическими комиссиями, действующими в субъектах РФ, в 2020 г. число лиц, имеющих хотя бы однократный опыт употребления наркотических средств в течение жизни, оценивалось в 7,6 млн человек, что ниже показателя 2019 г. на 900 тыс. человек. Число лиц, регулярно или эпизодически употребляющих наркотики, оценивалось в 1,8 млн человек (1,2% от всего населения России) [170]. Эксперты Федерального проекта «Трезвая Россия» определяли реальное число потребителей наркотиков в нашей стране в 2020 г. в 5 млн человек (3,5% от всего населения РФ) [187].

На протяжении длительного времени наиболее неблагоприятная ситуация складывается в Дальневосточном и Сибирском федеральных округах (Приложение 13). Наименьшие показатели общей заболеваемости отмечают в Северо-Западном, Центральном и Южном федеральных округах. Следует отметить, что уровень общей заболеваемости нарколоическими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, в регионах России варьирует в широких пределах. Так, по данным за 2020 г., к субъектам с наиболее высоким уровнем этого показателя относились Сахалинская (1023 на 100 тыс. населения), Еврейская автономная (650 на 100 тыс. населения) и Воронежская области (587,3 на 100 тыс. населения) (Приложение 14).

Субъектами с наименьшими показателями оказались Республика Карелия (61,2 на 100 тыс. населения) и Чукотский автономный округ (69,6 на 100 тыс. населения).

Можно отметить, что показатель женской наркомании в нашей стране в несколько раз меньше, чем мужской, и имеет тенденцию к постепенному снижению [175, 203] (рис. 10).

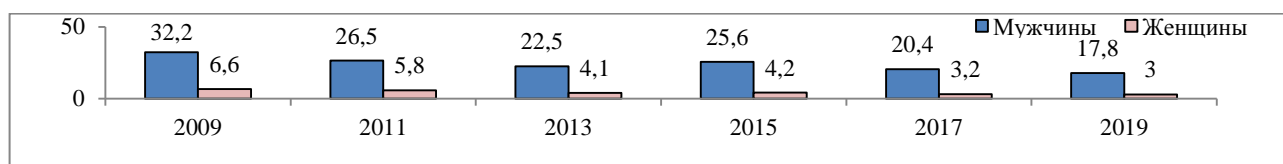


Рисунок 10 – Динамика заболеваемости наркологическими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, по полу в Российской Федерации за период с 2009 по 2019 гг. на 100000 населения

Источник: составлено автором на основе [175].

Если рассматривать ситуацию по федеральным округам, то можно отметить, что наибольший показатель женской наркомании на протяжении длительного времени отмечается в УФО (2019 г. – 4,7 случая на 100000 населения), СЗФО (3,3), СФО (3,3), ЦФО (3,2), наименьший – в СКФО (1 случай) (Приложение 15). Среди субъектов РФ наилучшая ситуация на протяжении длительного времени наблюдается в Чукотском АО, Чеченской Республике, Республике Ингушетия, Республике Калмыкия, Ненецком АО, наихудшая – в г. Москве и г. Санкт-Петербурге (Приложение 16).

Если рассматривать структуру наркозависимых по возрасту, то самая большая их доля приходится на молодежь от 16 до 30 лет (60%-70% от общего количества наркозависимых) [9]. Особую тревогу вызывает «омоложение» наркомании в нашей стране. По итогам исследования, проводимого сотрудниками федерального проекта «Трезвая Россия» в 2018-2019 гг. среди учащихся учебных заведений всех федеральных округов (более 20000 респондентов), были получены следующие данные об опыте употребления наркотиков хотя бы один раз в жизни:

- в возрасте от 13 до 15 лет – 5 из 10 учащихся школ (мальчики 70%, девочки 30%);

- в возрасте от 15 до 17 лет – 7 из 10 учащихся школ (30% девушки, 70% юноши).

- 5 из 10 учащихся средних учебных заведений употребляют наркотики чаще 1 раза в квартал (40% девушки, 60% юноши).

- 8 из 10 учащихся высших учебных заведений минимум раз в год употребляют наркотики (40% женщины, 60% мужчин) [187].

Группу риска составляют молодые люди из неблагополучных и неполных семей, а также имеющие связи с лицами с девиантным и криминальным поведением [27, 44, 50, 107, 128, 147]. Количество наркозависимых после 40 лет невелико, так как многие лица, которые начали употреблять наркотики в молодости, просто не доживают до этого возраста. Сокращение продолжительности жизни после начала употребления наркотических средств зависит во многом от вида употребляемых наркотиков и последствий, которые они вызывают. Например, средняя продолжительность жизни героинового наркозависимого составляет всего 5-7 лет от момента начала употребления героина [129], а дезоморфинового – всего 1 год [180].

Если рассматривать общую заболеваемость среди подростков в возрасте от 15 до 17 лет включительно, то с 2012 по 2015 гг. она имела тенденцию роста с последующим снижением в 2016 г. (рис. 11).

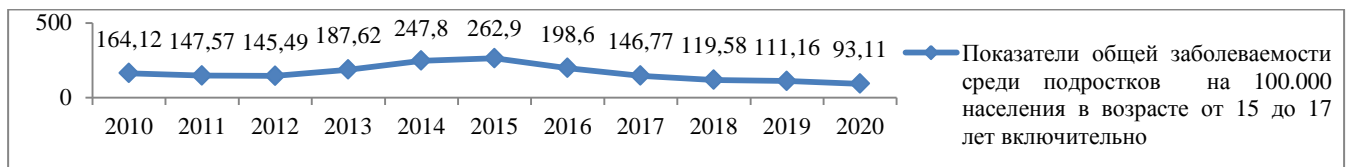


Рисунок 11 – Динамика общей заболеваемости среди подростков в возрасте от 15 до 17 лет включительно в России за период с 2010 по 2019 гг. на 100000 подросткового населения

Источник: составлено автором на основе [45, 47, 97, 98, 99, 100].

Тенденция роста была обусловлена появлением на наркорынке России новых видов наркотических средств и психотропных веществ, в том числе

«спайсов», «солей», «дизайнерских» наркотиков, которые поступали на территорию страны из КНР, государств ЕС [168].

Наиболее неблагоприятная ситуация в настоящее время складывается в Дальневосточном, Сибирском, Северо-Западном федеральных округах. Наименьшие показатели общей заболеваемости среди подростков отмечаются в Северо-Кавказском и Приволжском федеральных округах. Уровень общей заболеваемости наркологическими расстройствами, связанный с употреблением наркотиков среди подростков в возрасте от 15 до 17 лет включительно, в субъектах России варьирует в широких пределах. На протяжении длительного времени высокие показатели были в Республике Тыва, Амурской области, Забайкальском крае, наименьшие – в Чеченской Республике и в Чукотском АО (Приложение 17).

Если рассматривать структуру наркозависимых, состоящих на учете с диагнозом «наркомания», в зависимости от потребляемых наркотических средств и психотропных веществ, то следует отметить, что за период с 2010 по 2020 гг. произошло значительное снижение числа больных с опиоидной зависимостью на 60%. За период с 2017 по 2020 гг. отмечается рост доли заболеваемости такими видами наркомании, как зависимость от психостимуляторов (с 6,1% до 8,7%), от других видов наркотиков и сочетаний наркотиков разных химических групп (с 18,6% до 25,8,3%), каннабиноидной (с 10% до 11,75%) (Приложение 14).

Следует отметить, что в России, в отличие от стран ЕС, доля опиоидной наркомании намного выше по сравнению с другими видами зависимости. Среди федеральных округов России наибольшее количество опиоидных наркозависимых на протяжении последних лет состоит на учете в Сибирском (106,45 больных на 100000 населения), Центральном (94,03 больных на 100000 населения) и в Северо-Западном федеральных округах (94,82 больных на 100000 населения), наименьшее – в Южном (61,3) и Уральском (62,84) федеральных округах [47]. Среди субъектов РФ наибольшее количество опиоидных наркозависимых было в

Омской и Кемеровской областях (189,2 и 167,6 больных на 100000 населения соответственно), наименьшее – в Республике Саха (3,6 больных на 100000 населения) (Приложения 14). Следует отметить, что в последнее время отмечается тенденция снижения количества опиоидных наркозависимых (рис. 12).

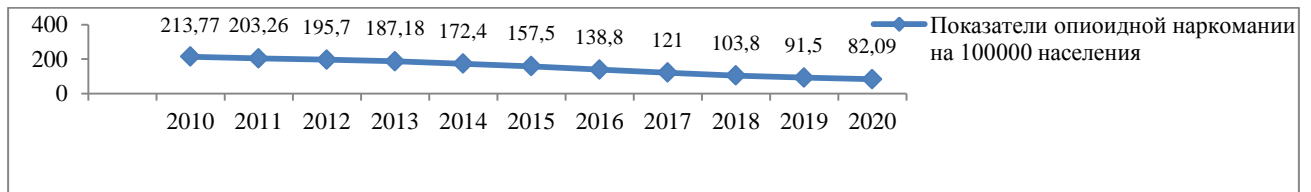


Рисунок 12 – Динамика опиоидной наркомании в России за период с 2010 по 2020 гг. на 100000 населения

Источник: составлено автором на основе [45, 47, 97, 98, 99, 100].

Лидером среди опиоидов является героин [127], который в основном поступает на территорию нашей страны из Афганистана транзитом через страны Центральной Азии, по так называемому «Северному» маршруту, частично по «Балканскому» маршруту – через Грузию и Азербайджан, а также по «Восточному» – через Китай и Монголию [168]. Как ранее было отмечено, часть героина по «Северному» маршруту поступает на Украину, в Республику Беларусь, страны Европейского союза. Можно отметить достаточно высокий уровень опиоидной наркомании на протяжении длительного времени в субъектах, граничащих с Казахстаном (Новосибирская, Омская области и т.д.), а также в субъектах с развитой транспортной инфраструктурой, через которые проходит транзитный наркотрафик в другие субъекты и приграничные страны (Самарская и Кемеровская области).

Экономико-географическое положение субъектов достаточно сильно влияет на территориальную и стоимостную доступность героина, на показатели общей заболеваемости. Например, средняя розничная стоимость 1 грамма героина в Самарской области, по данным антинаркотической комиссии, которая действует в субъекте, даже в 2019 г. составляла всего 1000 рублей [61], что соответствует

стоимости условной разовой дозы в размере 50 рублей, а в Астраханской области – 6000 рублей (стоимость условной разовой дозы – 300 рублей) [53].

Другим, наиболее распространенным в России опиоидным наркотиком, является метадон, который подпольно производится в нашей стране, а также поступает на территорию РФ из стран Балтии, Республики Беларусь, Азербайджана, Украины [171]. Данное средство активно используется в странах ЕС в качестве заместительной терапии героиновой наркозависимости. Наибольший прирост пациентов, получающих такое лечение, в последнее время отмечается в Чехии, Эстонии, Польше, в скандинавских странах [143]. Международная практика показывает, что по факту героин стал официально заменяться еще более сильным наркотиком, смертность от которого была намного больше. В России также наибольшее число смертей от передозировки наркотиками приходится на метадон (41,25%), особенно в г. Санкт-Петербурге – 21,49 случай и в Ленинградской области – 9,18 случай на 100000 населения соответственно.

Следует отметить, что в России, как и странах ЕС, опиоидные наркотики являются основной причиной смертности от передозировки. Так, в 2020 г. в России общее число таких умерших составило 7366 человек (в 2019 г. – 6344 человека), из них [171]:

- от метадона – 2237 человека (в 2019 г. – 1786);
- от героина – 680 человек (в 2019 г. – 651);
- от кодеина и морфина – 1507 (в 2019 г. – 1363).

Снижение опиоидной наркомании в стране обусловлено вытеснением героина синтетическими наркотиками, а также появлением на наркорынке новых наркотических средств («спайсов», «дизайнерских» наркотиков и т.д.).

Рассматривая динамику первичной заболеваемости, связанной с употреблением опиоидных наркотиков, начиная с 2010 г. можно отметить ее значительное снижение в 2020 г. (на 84%) (рис. 13).

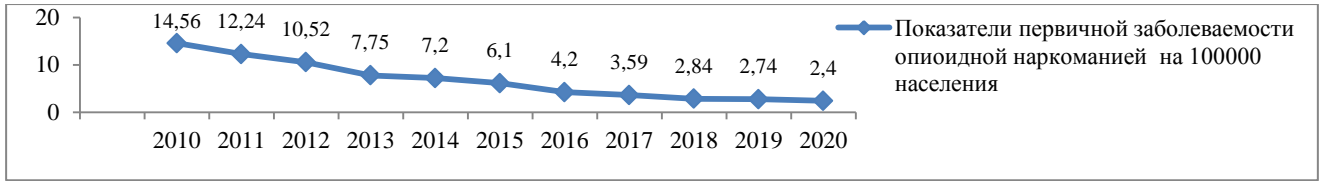


Рисунок 13 – Динамика первичной заболеваемости опиоидной наркоманией в России за период с 2010 по 2020 гг. на 100000 населения
Источник: составлено автором на основе [45, 47, 97, 99, 100].

Снижение первичной и общей заболеваемости опиоидной наркоманией обусловлено отчасти потерей интереса к данной группе наркотиков со стороны подростков (рис. 14, Приложение 17). Необходимо подчеркнуть, что в настоящее время в большинстве субъектов РФ в учреждениях здравоохранения не зарегистрированы подростки с опиоидной наркоманией, за исключением Смоленской, Самарской, Московской, Кемеровской, Новосибирской областей (Приложение 17).

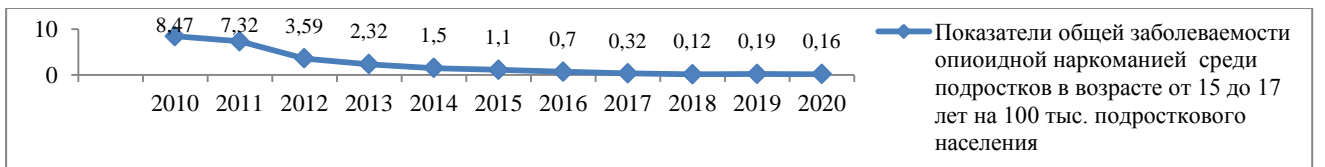


Рисунок 14 – Динамика общей заболеваемости опиоидной наркоманией среди подростков в возрасте от 15 до 17 лет в России за период с 2010 по 2020 г. на 100000 подросткового населения
Источник: составлено автором на основе [45, 47, 97, 98, 99, 100].

Каннабиноидные наркотики достаточно широко распространены на наркорынке России. Природные условия Северного Кавказа, Дальнего Востока, южных субъектов Сибири, Крыма благоприятны для выращивания конопли. Гашиш в основном поступает по нелегальным каналам из стран Центральной Азии, Северной Африки и ЕС [72]. Следует отметить, что для многих наркозависимых каннабиноидные наркотики, особенно марихуана, были «стартовыми» [102]. Уровень каннабиноидной наркомании остается высоким в Дальневосточном и Сибирском федеральных округах [47]. При среднероссийском

показателе в 2020 г. 17,94 наркозависимых на 10000 населения в данных округах он составлял 80,56 и 35,45 больных соответственно. Наименьший показатель отмечается в СЗФО (5,59), ПФО (8,11). Можно отметить, что по сравнению с 2010 г. показатель каннабиноидной наркомании в 2020 г. вырос на 9% (рис. 15)

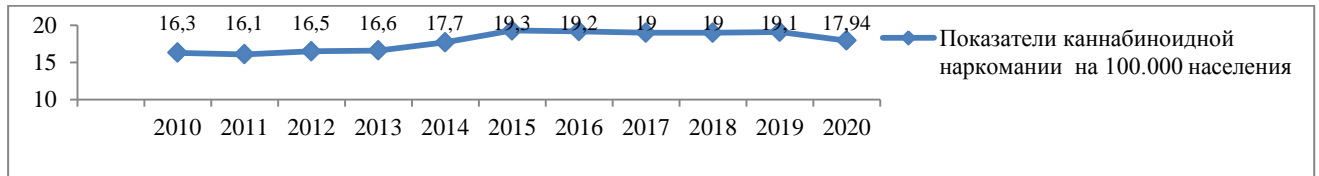


Рисунок 15 – Динамика каннабиноидной наркомании в России за период с 2010 по 2020 гг. на 100000 населения

Источник: составлено автором на основе [45, 47, 97, 98, 100].

На протяжении длительного времени наибольший показатель каннабиноидной наркомании отмечается в Еврейском АО, Амурской области, Приморском крае, Республике Тыва, наименьший – в Ненецком АО и Республике Ингушетия (Приложение 14). Рассматривая динамику первичной заболеваемости, связанной с употреблением каннабиноидных наркотиков, можно отметить ее снижение в 2020 г. по сравнению с 2017 г. (рис. 16).

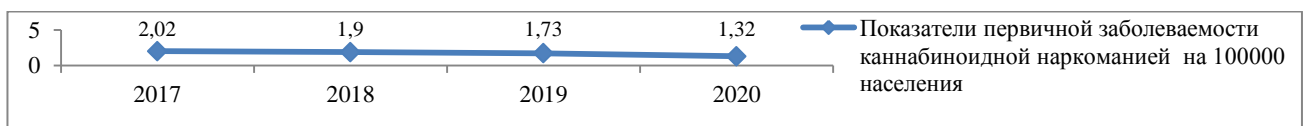


Рисунок 16 – Динамика первичной заболеваемости каннабиноидной наркоманией в России за период с 2017 по 2020 гг. на 100000 населения

Источник: составлено автором на основе [45, 47].

Снижение первичной заболеваемости от каннабиноидных наркотиков обусловлено отчасти потерей интереса к ним со стороны подростков (рис. 17, Приложение 17).

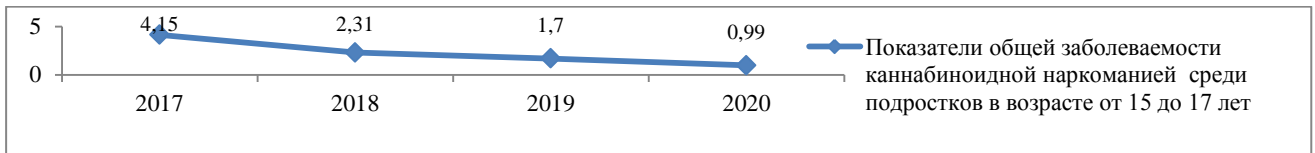


Рисунок 17 – Динамика общей заболеваемости каннабиноидной наркоманией среди подростков в возрасте от 15 до 17 лет в России за период с 2017 по 2020 гг. на 100000 человек подросткового населения

Источник: составлено автором на основе [45, 47].

В настоящее время достаточно высокий уровень каннабиноидной наркомании среди подростков отмечается в Амурской области и Забайкальском крае, что обусловлено благоприятными природно-климатическими условиями для выращивания на их территории конопли и соответственно низкой стоимостью марихуаны. Например, по данным антинаркотической комиссии Забайкальского края, в 2019 г. средняя розничная стоимость 1 грамма марихуаны в субъекте была 300 рублей, а героина и амфетамина – 6000 рублей [54].

На протяжении последних лет, как и в странах Европейского союза, в России отмечается тенденция роста доли наркозависимых от других видов психостимуляторов (амфетамин, кокаин, метамфетамин, MDMA и др.) (рис. 18, Приложение 14).

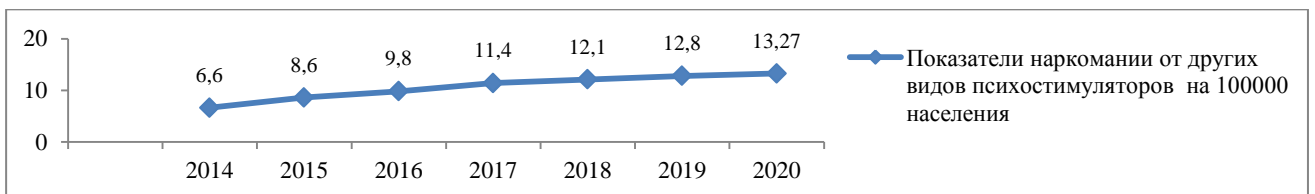


Рисунок 18 – Динамика наркомании от других видов психостимуляторов в России за период с 2014 по 2020 гг. на 100000 населения

Источник: составлено автором на основе [45, 47, 99, 100].

Среди субъектов РФ наибольшее количество таких больных было в Тюменской области (90,3 больных на 100000 населения), Алтайском крае (37,4 больных на 100000), Курганской области (36,4 больных на 100000 населения) (Приложение 14). Наилучшая ситуация была в республиках Северного Кавказа

(Чеченская Республика – 0,3 больных на 100000 населения, Республика Дагестан – 1,07 больных, Карачаево-Черкесской Республике – 1,3 больных, в Республике Алтай – 0,5 больных на 100000 населения соответственно).

Кокаин на территорию РФ доставляется в основном морским транспортом из стран Латинской Америки, причем большая часть доставляется через порты г. Санкт-Петербурга и Ленинградской области [72]. Небольшие партии кокаина поставляются транзитом через Республику Беларусь и страны Балтии автотранспортом. Кроме того, отмечаются факты изъятия небольших объемов кокаина, доставляемого авиатранспортом.

Другие виды психостимуляторов (амфетамины, метамфетамины, MDMA и т.д.) поступали контрабандой из стран Европейского союза (Польша, страны Балтии, Финляндия) [118, с. 154-158] и Китая [85, с. 83-86]. Вместе с тем ужесточение пропускного режима на границе с европейскими странами после 2014 г., ослабление курса рубля способствовало организации подпольного изготовления данных средств на территории России. Данный процесс усилился на фоне ограничений пересечения границ, установленных в связи со вспышкой COVID-19. Только в 2020 г. на территории страны было ликвидировано 256 нарколаборатории, что превышает показатель 2019 г. на 23,1% [171]. В 2018 г. наибольшее количество таких производств было выявлено в Москве и в Московской области (57), в г. Санкт-Петербурге и Ленинградской области (16), а также в Челябинской (7), Новосибирской (5) и Свердловской областях (5), что обусловлено рядом причин [93].

Во-первых, наличие в них специализированных магазинов, где можно купить химические реактивы, лабораторное оборудование, необходимое для организации кустарного производства. Во-вторых, наличие специализированных учебных заведений, готовящих специалистов в области органического синтеза. В-третьих, в крупных городах легче скрыть подпольное производство. В-четвертых, низкая себестоимость и высокая плотность населения в административных

центрах субъектов позволяет не только быстро получить высокую прибыль, но и реализовать продукцию. В-пятых, высокий уровень транспортной инфраструктуры, выгодное экономико-географическое положение позволяют наладить сбыт запрещенных препаратов в соседние субъекты.

Следует отметить, что в сети Интернет («Даркнет») в последнее время участились случаи продажи так называемых «конструкторов» (наборы химических реактивов, позволяющих в домашних условиях изготавливать психоактивные вещества), которые доставляются до покупателей также почтовыми отправлениями, курьерскими организациями [104].

Низкая себестоимость производства большинства психостимуляторов, доступность лабораторного оборудования, химических реактивов на фоне ограничений грузовых и пассажирских потоков через государственную границу будут способствовать росту употребления данных веществ в будущем.

Общая заболеваемость от других видов психостимуляторов среди подростков в настоящее время имеет тенденцию снижения (рис. 19).

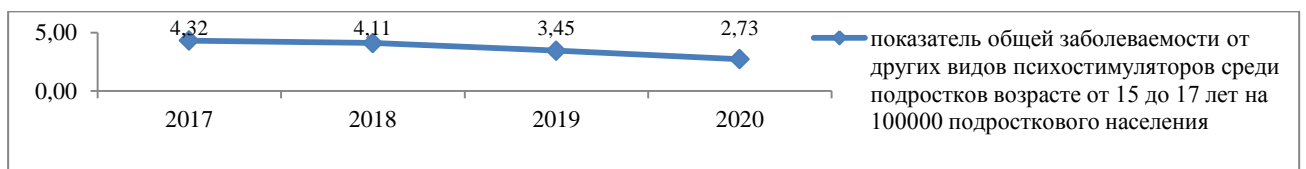


Рисунок 19 – Динамика общей заболеваемости от других видов психостимуляторов среди подростков в возрасте от 15 до 17 лет на 100000 подросткового населения за период с 2017 по 2020 гг. в России

Источник: составлено автором на основе [45, 47].

В настоящее время достаточно высокий уровень зависимости от других видов психостимуляторов среди подростков отмечается в Республике Башкортостан и в Калужской области (Приложение 17).

В России отмечается и увеличение употребления других видов наркотиков («спайсы», новые синтетические наркотики), а также рост полинаркомании (одновременное употребление двух и более наркотических средств разных групп

или потребление их в определенной последовательности) (рис. 20) [110].

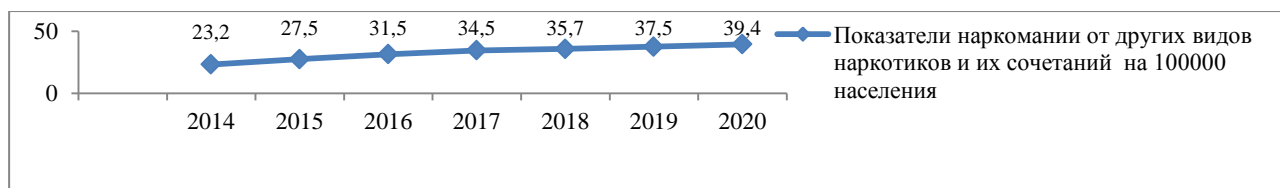


Рисунок 20 – Динамика наркомании от других видов наркотиков и их сочетаний в России за период с 2014 по 2020 гг. на 100000 населения

Источник: составлено автором на основе [45, 47, 99, 100].

Новые синтетические наркотики частично подпольно изготавливаются на территории нашей страны, а также ввозятся в основном контрабандой из КНР [49], стран Западной и Восточной Европы [103].

Высокая доля наркозависимых от других видов наркотиков, а также полинаркозависимых отмечается в УФО и ПФО. Наименьшее количество таких больных в СЗФО и СКФО. Среди субъектов РФ наихудший показатель в 2020 г. был в Камчатском крае (164 больных на 100000 населения), в Новгородской области (128,1 больных на 100000 населения), наилучший – в Забайкальском крае (0,2 больных на 100000 населения), в Еврейском АО (1,3 больных на 100000 населения) (Приложение 14). Как уже ранее отмечалось, новые синтетические наркотики отличаются высокой силой воздействия на организм по сравнению с традиционными видами наркотиков. Например, для изготовления 10000 условных разовых доз требуется 750 грамм MDMA или 200 грамм кокаина, а карфентанила всего 0,1 грамма [188], что позволяет использовать даже простые почтовые отправления для доставки его в крупных и особо крупных размерах. Следует также отметить, что рост первичной заболеваемости от других видов наркотиков, а также от полинаркомании, который наблюдался с 2017 по 2019 гг., в 2020 г. резко снизился на фоне введения ограничений по распространению коронавирусной инфекции (рис. 21).

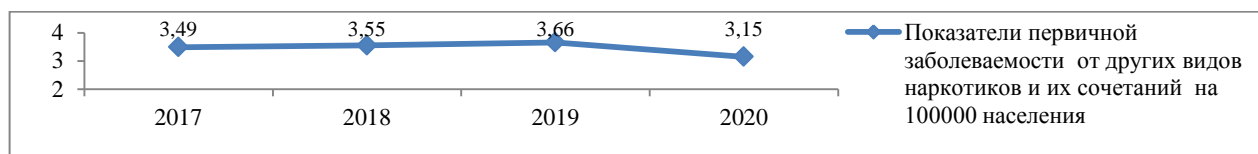


Рисунок 21 – Динамика первичной заболеваемости от других видов наркотиков и их сочетаний в России за период с 2017 по 2020 гг. на 100000 населения
Источник: составлено автором на основе [45, 47].

Вместе с тем показатель подростковой заболеваемости от других видов наркотиков и их сочетаний в целом по России немного снижается (рис. 22).

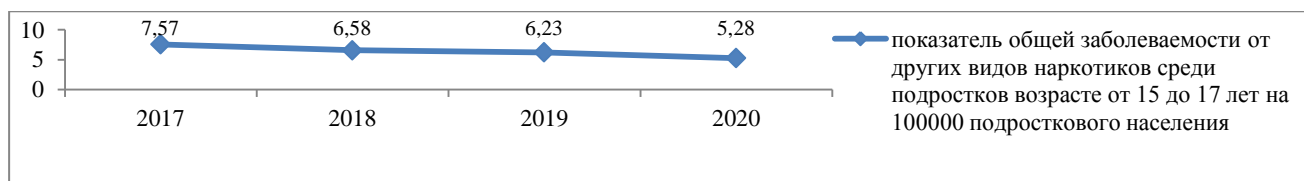


Рисунок 22 – Динамика заболеваемости от других видов наркотиков и их сочетаний среди подростков в возрасте от 15 до 17 лет за период с 2017 по 2020 гг. на 100000 подросткового населения
Источник: составлено автором на основе [45, 47].

Среди субъектов РФ наихудший показатель имеют Курганская и Волгоградская области, г. Москва (Приложение 17).

Если рассматривать динамику структуры первичной заболеваемости от вида употребляемых наркотических средств по возрастным группам начиная с 1999 г., то можно увидеть значительный рост заболеваемости от психостимуляторов, каннабиноидов, других видов наркотиков во всех группах и снижение заболеваемости от опиоидов, особенно среди несовершеннолетних (рис. 23) [188]. Первичная заболеваемость от кокаина остается на довольно низком уровне (0,1% от всего числа пациентов в 2019 г.).

Следует также отметить, что в федеральных округах, в которых наблюдается высокий уровень потребления психостимуляторов и других видов наркотических средств, отмечается высокий уровень подростковой и женской наркомании. Пероральный прием большинства из них, привлекательный дизайн, в том числе в форме жевательного мармелада, конфет и т.д. [208], способствует их

распространению в данных группах. Естественно, что подростку психологически проще съесть такую «конфету», чем использовать шприц для инъекции.

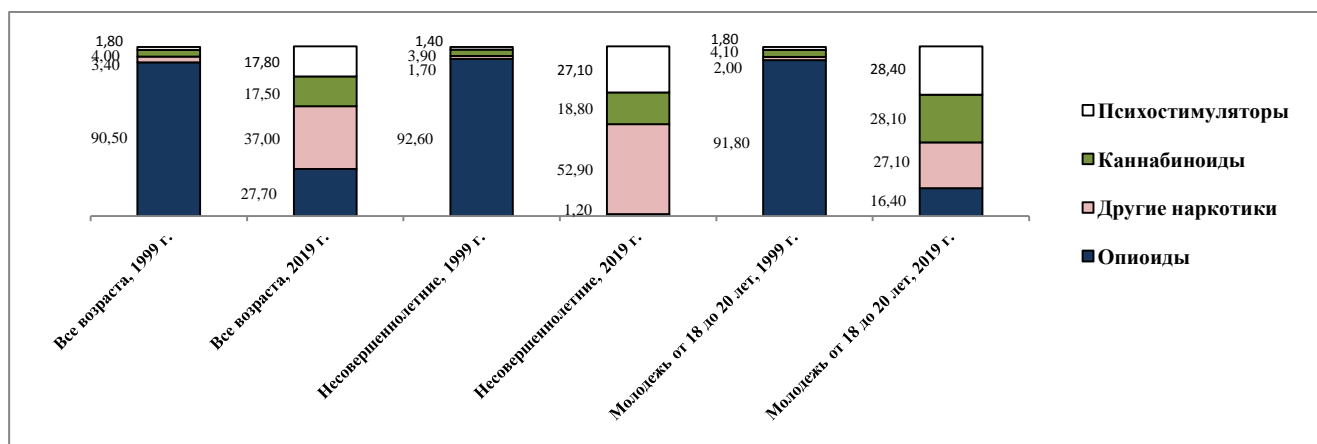


Рисунок 23 – Динамика структуры первичной заболеваемости от вида употребляемых наркотических средств по возрастным группам в 1999 г. и в 2019 г.

Источник: составлено автором на основе [188].

Как уже ранее было отмечено, на состояние наркоситуации достаточно сильно оказывает влияние не только структура потребляемых наркотиков, но и способ их употребления. Инъекционный способ употребления наркотиков не только способствует быстрому развитию зависимости, но и повышает риски заражения ВИЧ-инфекцией и другими парентеральными инфекциями. Следует отметить, что, согласно данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, среди всех инфицированных ВИЧ россиян с известной причиной заражения, выявленных в 1987-2019 гг., 60% были заражены при употреблении наркотиков. Только в 2019 г. в Российской Федерации умерло 33577 больных ВИЧ-инфекцией, большинство из которых умерло в молодом возрасте (средний возраст 38 лет). По состоянию на 31 декабря 2019 г. в нашей стране скончалось 24,9% от числа всех зарегистрированных инфицированных ВИЧ россиян [29].

Необходимо подчеркнуть, что за последние годы наблюдается снижение

доли потребителей инъекционных наркотиков (далее по тексту – ПИН), хотя она остается достаточно высокой (в 2020 г. – 43,3% от общего количества наркозависимых, стоящих на учете, 165184 человека) (Приложение 18) [47].

Это снижение обусловлено тенденцией замещения опиоидных наркотиков (прежде всего героина) психостимуляторами и новыми видами синтетических наркотиков. Проведенный корреляционный анализ между уровнем потребления различных видов наркотических средств и уровнем количества ПИН из расчета на 100000 населения по России показывает очень высокую связь между уровнем употребления опиоидных наркотических средств (героин, метадон и т.д.) и уровнем количества ПИН (среднее значение коэффициента корреляции за период с 2015 по 2020 г. составляет 0,99). Среди федеральных округов России количество ПИН высоко в Сибирском, Центральном и Уральском федеральных округах, наименьшее количество – в Южном, Северо-Кавказском и в Северо-Западном федеральных округах [47]. Среди субъектов РФ высокий показатель в 2020 году был в Омской (258,1 ПИН на 100000 населения), Воронежской областях (256,25 ПИН на 100000 населения), в Удмуртской Республике (231,45 ПИН на 100000 населения) при среднероссийском показателе – 112,56 ПИН на 100000 населения (Приложение 18).

Следует также отметить, что, несмотря на тенденцию снижения количества ПИН, удельный вес ВИЧ-положительных лиц и гепатита С-положительных лиц среди них увеличивается (рис. 24).

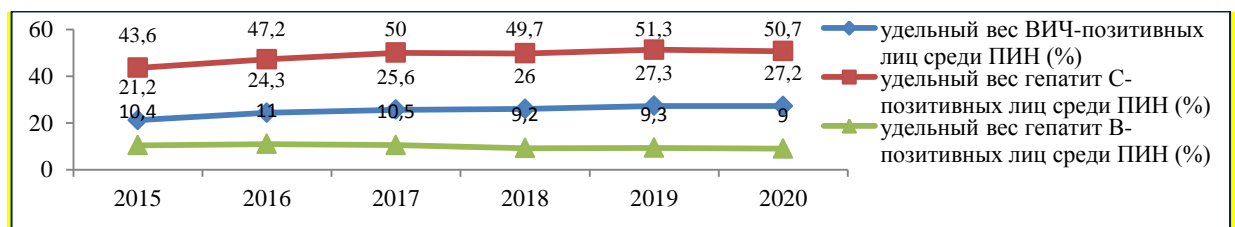


Рисунок 24 – Динамика удельного веса ВИЧ-положительных лиц, гепатита С-положительных лиц, гепатита В-положительных лиц среди ПИН (%) за период с 2015 по 2020 гг.

Источник: составлено автором на основе [45, 47, 100].

Показатель смертности населения, связанной с острыми отравлениями наркотиками, в 2020 г. резко вырос по сравнению с предыдущими годами и составил 7366 случая в абсолютных цифрах (рис. 25, 26, Приложение 18). По экспертным оценкам федерального проекта «Трезвая Россия», от последствий, связанных с употреблением наркотических средств, психотропных веществ, в нашей стране умирает более 300 тысяч человек ежегодно [187].

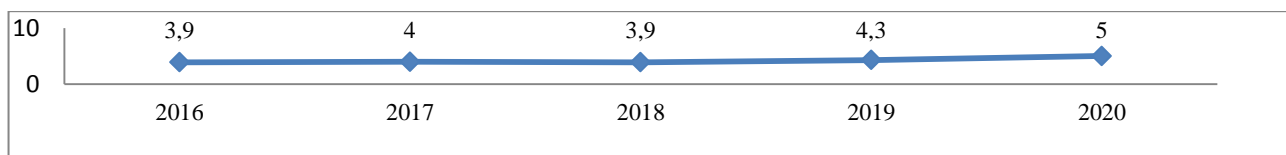


Рисунок 25 – Динамика смертности населения, связанной с острыми отравлениями наркотиками, на территории РФ за период с 2016 по 2020 гг. на 100000 населения

Источник: составлено автором на основе [170, 171].

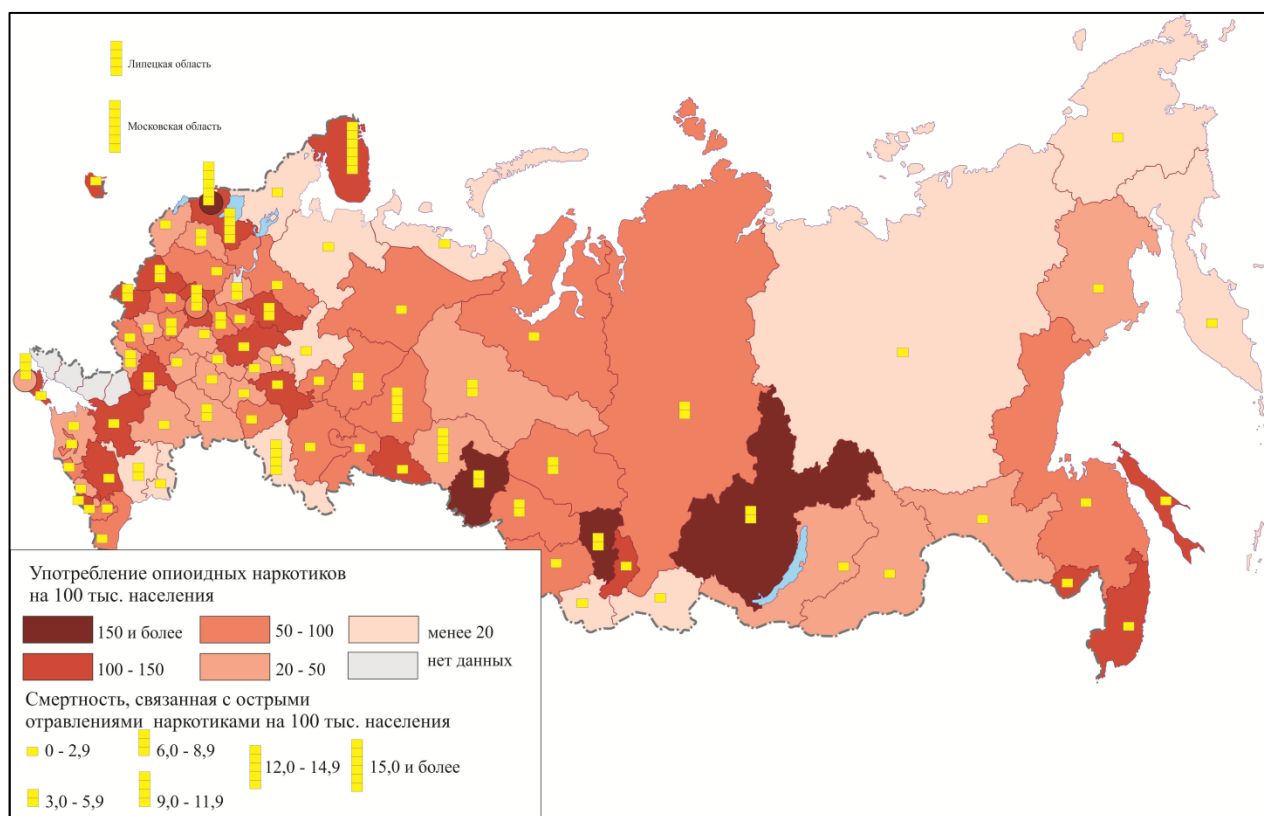


Рисунок 26 – Группировка субъектов России по уровню общей заболеваемости наркологическими расстройствами, связанными с употреблением опиоидных наркотиков в 2020 году, включая данные смертности, обусловленной острыми отравлениями наркотиками на 100 тыс. населения

Источник: составлено автором на основе [47, 171].

Среди округов России наихудшая ситуация складывается в СФО, ЮФО и СЗФО, наилучшая – в СКФО. Среди субъектов России наибольший показатель в 2020 году был в Мурманской области (16,9 случая на 100000 населения), Московской области (15,7 случая на 100000) и в г. Санкт-Петербурге (12,5 случая на 100000 населения). На протяжении последних лет смертность от передозировки наркотиками не зафиксирована в Чукотском автономном округе и в Чеченской Республике (Приложение 18).

Если говорить об уровне преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков, то следует отметить снижение их числа за последние годы (рис.27) [203].

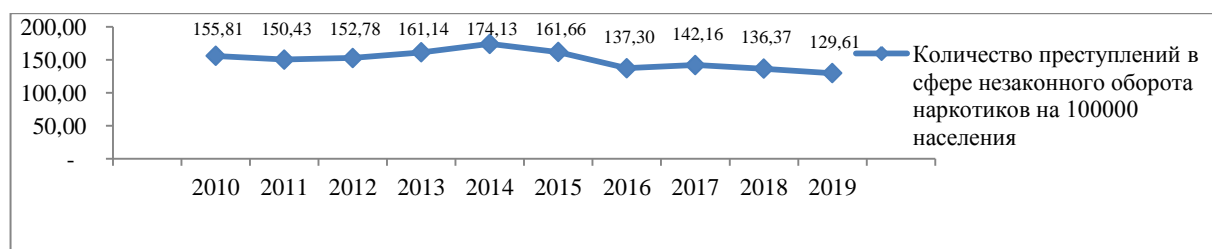


Рисунок 27 – Динамика количества преступлений в сфере незаконного оборота наркотиков в Российской Федерации за период с 2010 по 2019 гг. на 100000 населения

Источник: составлено автором на основе [197].

Корреляционный анализ динамики количества преступлений в сфере НОН на 100000 населения с показателями общей и первичной заболеваемости за период с 2010 по 2019 гг. указывает на их высокую силу взаимосвязи ($r=0,83$ и $r=0,91$ соответственно).

Количество преступлений, совершенных в состоянии наркотического опьянения, остается низким и начиная с 2015 г. имеет тенденцию к снижению (рис. 28).

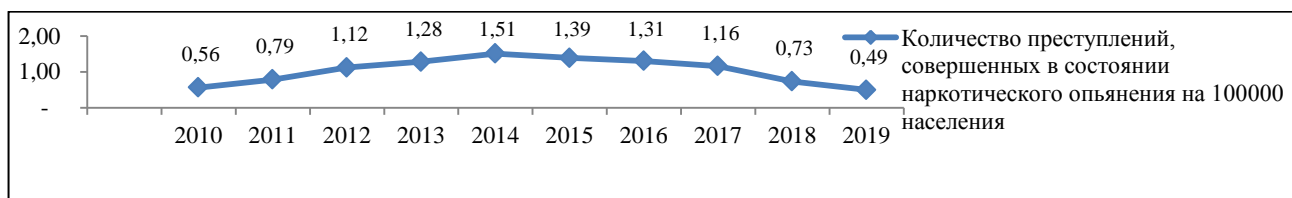


Рисунок 28 – Динамика количества преступлений, совершенных в состоянии наркотического опьянения в Российской Федерации за период с 2010 по 2019 гг. на 100000 населения

Источник: составлено автором на основе [197].

Следует отметить, что снижение количества преступлений, совершенных в состоянии наркотического опьянения, обусловлено не только снижением заболеваемости наркоманией, но и переходом к употреблению новых видов синтетических наркотиков. Если новое вещество только появилось на наркорынке, то не всегда возможно его идентифицировать при помощи химико-токсикологического исследования.

Доля наркопреступлений в общем количестве зарегистрированных преступлений на протяжении последних лет не превышает 11% (рис. 29).

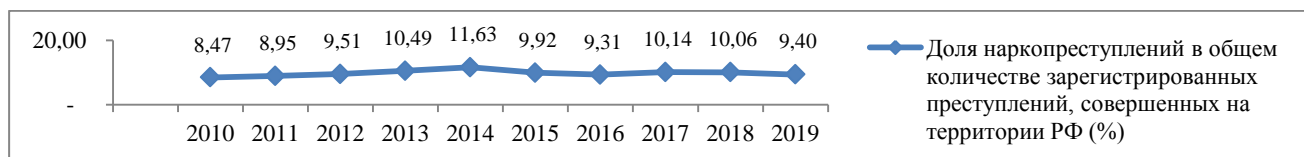


Рисунок 29 – Динамика доли наркопреступлений к общему количеству зарегистрированных преступлений на территории Российской Федерации за период с 2010 по 2019 гг.

Источник: составлено автором на основе [197].

Среди округов РФ за период с 2016 по 2020 гг. наибольший показатель доли наркопреступлений к общему количеству зарегистрированных преступлений отмечается в СКФО (15,2% в 2020 г.) и УФО (10,6%), наименьший – в СФО (7,3%). Среди субъектов РФ наибольший показатель в 2020 г. был в Республике Северная Осетия-Алания (23,7%), наименьший – в Новосибирской области (4,1%) (Приложение 19). Следует отметить, что доля осужденных за преступления в

сфере НОН к общему числу осужденных остается достаточно высокой (рис. 30).

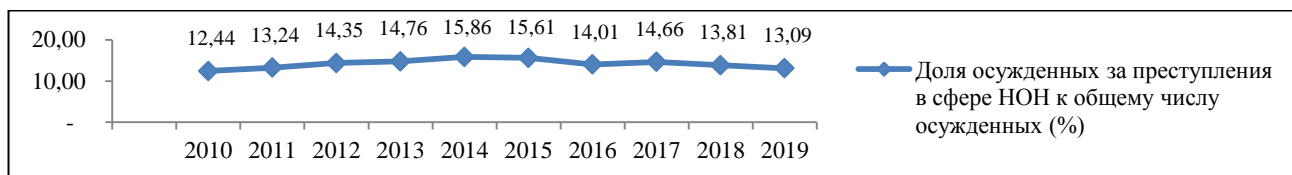


Рисунок 30 – Динамика доли осужденных за наркопреступления к общему количеству осужденных на территории Российской Федерации за период с 2010 по 2019 гг.

Источник: составлено автором на основе [197].

Среди округов России наибольшая доля осужденных за преступления в сфере НОН в 2020 г. наблюдалась в СКФО (23,7%) и ЮФО (16,5%), наименьшая – в ПФО (10,8%). Среди субъектов РФ наибольший показатель удельного веса осужденных за преступления в сфере незаконного оборота наркотиков в 2020 г. был в Республиках Дагестан (33,5%) и Ингушетия (25,5%), наименьший показатель – в Ненецком автономном округе (5%) (Приложение 19).

Особую тревогу вызывает высокая доля среди осужденных за наркопреступления молодых людей в возрасте от 18 до 29 лет (рис. 31).

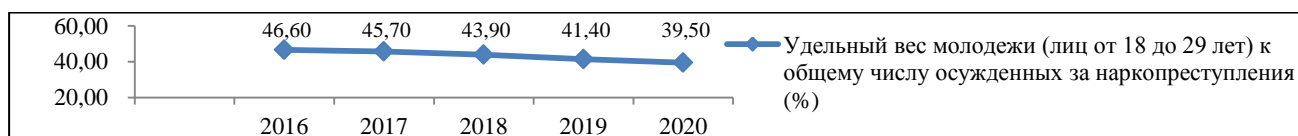


Рисунок 31 – Динамика доли осужденных за наркопреступления в возрасте от 18 до 29 лет к общему количеству осужденных в этой возрастной группе в Российской Федерации за период с 2016 по 2020 гг.

Источник: составлено автором на основе [169, 170, 171].

Среди округов России наибольший удельный вес доли осужденных молодых людей в возрасте от 18 до 29 лет за наркопреступления к общему количеству осужденных за данные деяния остается высоким в СЗФО (50,4% в 2020 г.) и ЦФО (43,3%), наименьший – в СКФО (32,2%). Проведенный корреляционный анализ между данным показателем и данными по структуре

наркопотребления по округам показывает среднюю силу связи между долей молодых людей, осужденных за наркопреступления, и показателями употребления психостимуляторов (среднее значение коэффициента корреляции за период с 2017 по 2020 г. составило 0,53). Среди субъектов РФ наихудшая ситуация в 2020 г. отмечалась в Республике Карелия (64,8%) и Вологодской области (58,8%), наилучшая – в Республике Алтай (21,6%) (Приложение 19).

Доля женщин, совершивших преступления в сфере НОН за период с 2009 по 2019 гг., снизилась практически в два раза (с 19% в 2009 г. до 9,7% в 2019 г.) (рис. 32).

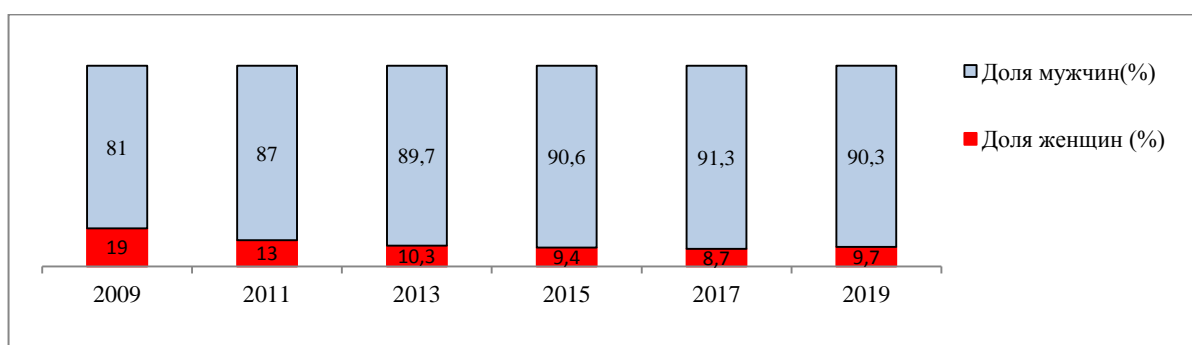


Рисунок 32 – Динамика распределения доли женщин и мужчин, совершивших преступления в сфере НОН на территории РФ за период с 2009 по 2019 гг.

Источник: составлено автором на основе [175].

Показатели вовлеченности наркозависимых в незаконный оборот наркотиков остается на высоком уровне в ПФО (16,2%) и УФО (15%). Наименьший показатель на протяжении последних лет отмечается в СКФО (1,3%). Среди субъектов РФ наибольший показатель вовлеченности наркозависимых в незаконный оборот наркотиков в 2020 г. отмечался в Тамбовской области (72,1%), Краснодарском крае (41%), Пензенской области (36%), наименьший – в Республиках Калмыкия (0,1%), Ингушетия (0,3%) (Приложение 19).

Для проведения типологий субъектов по состоянию территориального развития наркоситуации проводился расчет основных её индикаторов, которые были разбиты на четыре группы по два индикатора в каждой группе, с учетом

имеющихся сведений по состоянию на 2020 г.:

- территориальные показатели наркотизма (общая заболеваемость населения, связанная с употреблением наркотиков, по данным учреждений здравоохранения России, оценочная распространенность употребления наркотиков среди населения по данным социологических опросов);

- медицинские показатели (первичной заболеваемости, смертности, связанной с острыми отравлениями наркотическими средствами, психотропными веществами, галлюциногенами);

- показатели криминогенности наркомании (удельный вес наркопреступлений в общем количестве преступлений, вовлеченность наркозависимых в незаконный оборот наркотиков);

- показатели территориальной нагрузки пенитенциарной системы (удельный вес осужденных за преступления в сфере незаконного оборота наркотиков, удельный вес молодежи в общем числе лиц, осужденных за совершение наркопреступлений).

Интегральная оценка показателей состояния территориального развития наркоситуации по субъектам России, определенная путем расчета индексов основных ее показателей по предложенной методике на 2020 г., позволила сгруппировать субъекты по трем типам территориального развития наркоситуации: умеренный, проблемный, кризисный (рис. 33, Приложение 20). Группировка осуществлялась методом равных интервалов.

Полученные результаты показывают, что наиболее умеренный уровень развития наркоситуации в 2020 г. складывался в Республике Саха, Волгоградской области, Чукотском автономном округе (Приложение 20). Наиболее кризисными субъектами России по состоянию территориального развития наркоситуации в 2020 г. были г. Москва, г. Санкт-Петербург, Московская и Свердловская области.



Рисунок 33 – Типы субъектов России по состоянию территориального развития наркоситуации в 2020 г.

Источник: составлено автором [175].

2.3. Географическая дифференциация наркоситуации в СЗФО России

Рассматривая географическую дифференциацию состояния наркоситуации в СЗФО России, следует отметить, что в ее субъектах динамика наркотизма, структура наркопотребления отличается достаточно сильным разнообразием.

Начиная с 2000 г. практически во всех субъектах округа отмечается рост общей заболеваемости наркологическими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков (наркоманией и пагубным употреблением наркотиков), кроме Калининградской области и Республики Карелия. В Архангельской области, включая Ненецкий автономный округ, – в 9 раз, в Псковской области – в 5 раз, в Вологодской области – в 4,4 раза, в Новгородской области – в 3 раза (Приложение 21). Если рассматривать динамику общей заболеваемости за период с 2012 по 2020 гг., то можно отметить ее снижение во всех субъектах округа (рис. 34).

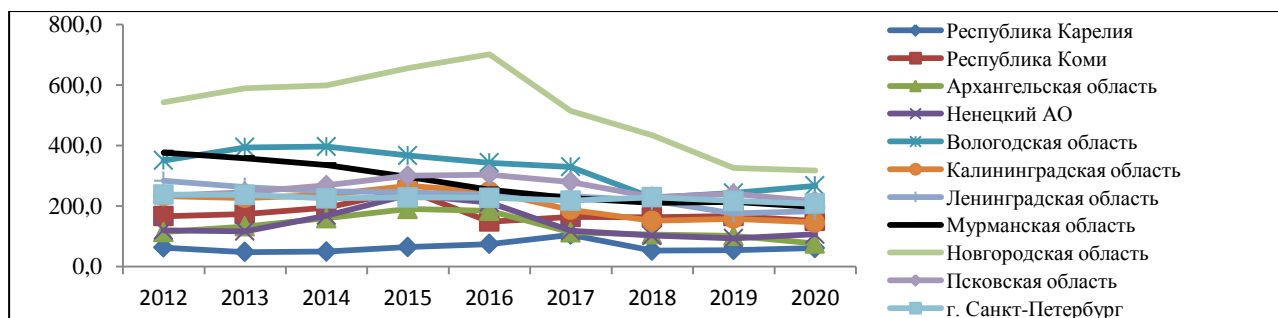


Рисунок 34 – Показатели общей заболеваемости наркологическими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков на 100000 населения по субъектам СЗФО за период с 2012 по 2020 гг.

Источник: составлено автором на основе [45, 47, 98, 99, 100].

По состоянию на 2020 г. наибольшее количество наркозависимых, а также лиц с пагубным употреблением наркотиков, зарегистрированных в учреждениях здравоохранения, было в Новгородской (317,52 человека на 100 тыс. населения), Вологодской (266,79 человека на 100 тыс. населения), Псковской (216,26 человека на 100 тыс. населения) областях, при среднероссийском показателе в 260 наркозависимых на 100 тыс. населения (Приложение 21).

Расчет индексов локализации наркомании по субъектам СЗФО в 2020 г. показывает, что высокий уровень ее концентрации (если показатель субъекта превышает условную «единицу») в округе отмечается в Новгородской, Мурманской, Псковской и Вологодской областях, а также в г. Санкт-Петербурге (Приложение 22).

Структура наркопотребления, основные показатели состояния наркоситуации (масштабы незаконного оборота наркотиков, обращаемость за наркологической медицинской помощью, смертность от употребления наркотических средств, психотропных веществ) во многом обусловлены природно-климатическими условиями, каналами поставок запрещенных веществ, экономико-географическим положением субъекта.

Природные условия СЗФО неблагоприятны для выращивания наркосодержащих растений в открытом грунте, за исключением территорий

субъектов округа, расположенных в более южных широтах, где возможно культивирование конопли. Достаточно высокий уровень каннабиноидной наркомании среди субъектов округа отмечается в Новгородской (11,57 больных на 100 тыс. населения) и Псковской (9,74 больных на 100 тыс. населения) областях, хотя он намного меньше среднероссийского показателя (17,94 больных на 100 тыс. населения) (Приложение 23).

Среди опиоидных наркотических средств в округе наибольшее распространение получил героин, который поступает на территорию нашей страны в основном из Афганистана через страны Центральной Азии по так называемому «Северному» маршруту [86, с. 80-84]. Следует отметить, что конечным пунктом данного пути являются страны Западной Европы, где стоимость героина многократно увеличивается. Например, в 2015 г. средняя розничная стоимость грамма героина, согласно данным Управления ООН по наркотикам и преступности, в Афганистане составляла 3 доллара США, в России – 36,12 долларов США, а на территории Литовской Республики – уже свыше 70 долларов США [168]. Основным узлом распространения героина для СЗФО является так называемый Московский узел, за исключением Калининградской области, на территорию которой он поступает с территории Литовской Республики [55].

Следует отметить, что наибольший показатель опиоидной наркомании отмечается в субъектах с приморским и выгодным транспортно-транзитным положением (Калининградская, Мурманская, Ленинградская области, г. Санкт-Петербург), позволяющим наладить контрабанду героина через их территорию в страны Западной Европы (Приложение 23).

Вместе с тем в настоящее время отмечается тенденция вытеснения героина другими видами наркотических средств (в первую очередь синтетическими наркотиками, психотропными веществами) во всех регионах СЗФО.

Анализ докладов антинаркотических комиссий, действующих в субъектах

округов, показывает, что большая часть наркотических, психотропных, новых потенциально опасных психоактивных веществ поступает на их территорию извне, за исключением г. Санкт-Петербурга, где имеется возможность подпольного изготовления ряда синтетических наркотиков. В Северной столице достаточно развита химическая промышленность и готовится много кадров для нее. Вместе с тем по оценкам представителей правоохранительных органов более 75% изымаемых на территории города наркотиков имели зарубежное происхождение [167]. Синтетические наркотики, имеющие преимущественно иностранное происхождение, контрабандно ввозятся на территорию СЗФО из стран Европейского союза (Польша, страны Балтии, Финляндия) [118, с. 154-158].

Наибольшее количество наркозависимых от психостимуляторов зарегистрировано в Архангельской и Псковской областях, в Республике Коми (Приложение 23). Часть синтетических наркотиков в СЗФО поступают из Москвы и Московской области [58, 90, 60] почтовыми отправлениями из других регионов и стран [52]. Кроме того, во многих субъектах округа, как правило, в крупных городах регулярно выявляется деятельность подпольных лабораторий по производству амфетамина, метамфетамина, мефедрона [58, 167]. Изготовление указанных веществ требует минимальных знаний в области химии.

Как ранее было отмечено, замещение ввоза продуктов питания из стран Европейского союза государствами Латинской Америки привело к увеличению числа контрабандных поставок кокаина в Россию с использованием международного морского транспорта. Часть данного наркотрафика осуществляется через российские порты, расположенные в акватории Балтийского моря. Например, в 2015 г. сотрудниками Калининградской областной таможни в контейнерах с мясными полуфабрикатами, прибывшими из Бразилии, было обнаружено 662 кг кокаина [164].

Структура наркопотребления во многом предопределяет состояние наркоситуации, складывающейся на определенной территории, а также ее

влияние на многие социально-экономические показатели.

Расчет коэффициентов показателей по видам наркозависимости (опиоидная, каннабиноидная, от психостимуляторов, от других видов наркотиков, включая полинаркоманию) в отношении лиц, проходящих лечение в учреждениях здравоохранения, позволил нам установить долю каждого вида наркомании для субъектов округа. В качестве преобладающего вида наркомании были выбраны зависимости, доля которых в общей структуре наркомании составляла $2/3$ и более. Полученные дифференцированные данные использовались нами для выделения трех типов регионов СЗФО по преобладающим видам наркомании (структуре наркопотребления) (рис. 35):

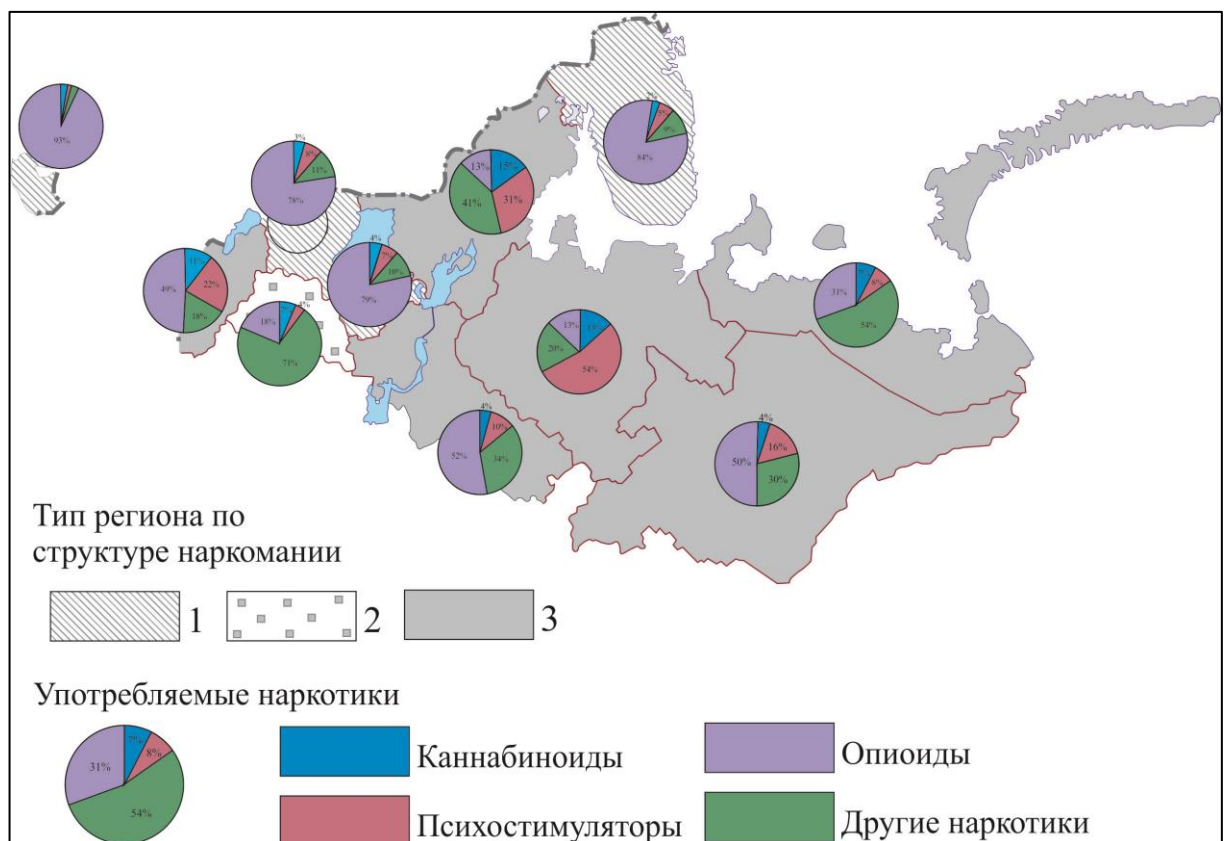


Рисунок 35 – Типология регионов СЗФО России по преобладающей структуре наркомании в 2020 г.

Источник: составлено автором на основе [47].

тип-1 – субъекты с высоким уровнем опиоидной наркомании (Калининградская, Мурманская, Ленинградская области, г. Санкт-Петербург);

тип-2 – субъекты с высоким уровнем зависимости от других видов наркотиков, включая полинаркоманию (Новгородская область);

тип 3 – субъекты со смешанной структурой наркопотребления (Республики Карелия и Коми, Архангельская, Вологодская, Псковская области, Ненецкий автономный округ).

Уровень женской наркомании в округе в 2019 г. по сравнению с 2013 г. сократился более чем на 40%. Среди субъектов округа высокий уровень женской наркомании на 100 тыс. населения отмечается в Республике Коми, Ленинградской области, г. Санкт-Петербурге. Если рассматривать распределение заболеваемости по полу, то следует отметить, что удельный вес женской наркомании варьируется от 0% в Ненецком автономном округе до 25% в г. Санкт-Петербурге. Высокий уровень женской наркомании в округе в 2013 г. был обусловлен распространением опиоидных наркотиков. Корреляционный анализ между женской и опиоидной наркоманией по субъектам СЗФО в данный период времени показывает высокую силу связи между ними (0,8). Сила связи между снижением опиоидной наркомании в округе и женской наркомании за период с 2013 по 2019 гг. определяется как весьма высокая (0,97).

Свои особенности имеет и подростковая наркомания. Следует отметить, что за период с 2010 по 2020 гг. структура наркопотребления в их среде кардинально изменилась (Приложение 17). Если в 2010 г. в возрастной группе от 15 до 17 лет включительно во многих субъектах округа (за исключением Ленинградской и Мурманской областей, г. Санкт-Петербурга) преобладала опиоидная наркомания, то уже в 2020 г. среди опиоидных наркозависимых, зарегистрированных в учреждениях здравоохранения, подростков не было. Можно также отметить, что в субъектах округа с крупными международными транспортными узлами (Ленинградская и Мурманская области, г. Санкт-Петербург) доля опиоидных наркозависимых в подростковой среде в 2010 г. была намного ниже. Этот факт может быть обусловлен наличием поставок в вышеуказанные субъекты других

видов наркотических средств и психотропных веществ из-за рубежа.

В настоящее время наркозависимость в подростковой среде в субъектах округа обусловлена потреблением психостимуляторов, других видов наркотических средств (синтетических наркотиков), а также полинаркоманией. Кроме того, можно отметить, что зависимость от употребления растительных наркотиков (марихуаны, гашиша) в большинстве субъектов округа наступает в более позднем возрасте. Как мы видим, профилактика подростковой наркомании в округе должна строиться на предупреждении употребления психостимуляторов, других видов наркотических средств (синтетических наркотиков).

Среди субъектов округа наибольшее количество инъекционных потребителей наркотиков на 100 тыс. населения отмечается в Вологодской, Мурманской, Ленинградской и Калининградской областях, а также в г. Санкт-Петербурге (Приложение 23). Следует отметить, что за период с 2010 по 2020 гг. количество инъекционных потребителей наркотиков в субъектах округа значительно сократилось, за исключением Вологодской области, где этот показатель увеличился на 23%. Корреляционный анализ между уровнем опиоидной наркомании и количеством инъекционных потребителей наркотиков по субъектам округа за период с 2010 по 2020 гг. показывает достаточно высокую связь между ними, которая варьирует от 0,95 в 2010 г. до 0,8 в 2020 г. (среднее значение за период с 2010 по 2020 гг. – 0,87).

Смертность, обусловленная острыми отравлениями наркотиками, в округе является одной из высоких по сравнению с другими округами России (второе место после Уральского федерального округа). Ее показатели по субъектам СЗФО варьируют в широком диапазоне (от 0 – в Ненецком автономном округе до 16,9 случая на 100 тыс. населения в Мурманской области) (рис. 36, 37, Приложение 24).

Корреляционный анализ между количеством инъекционных наркозависимых и смертности, связанной с острыми отравлениями наркотиками,

на 100 тыс. населения по субъектам округа указывает на высокую силу связи между ними. Среднее значение коэффициента корреляции с 2016 по 2020 гг. равнялось 0,85. Если рассматривать взаимосвязь между структурой наркопотребления в округе и смертностью от передозировки наркотиков, то между уровнем опиоидной наркоманией и смертностью, связанной с острыми отравлениями наркотиками, за период с 2016 по 2020 гг. отмечается средняя сила связи (0,65).

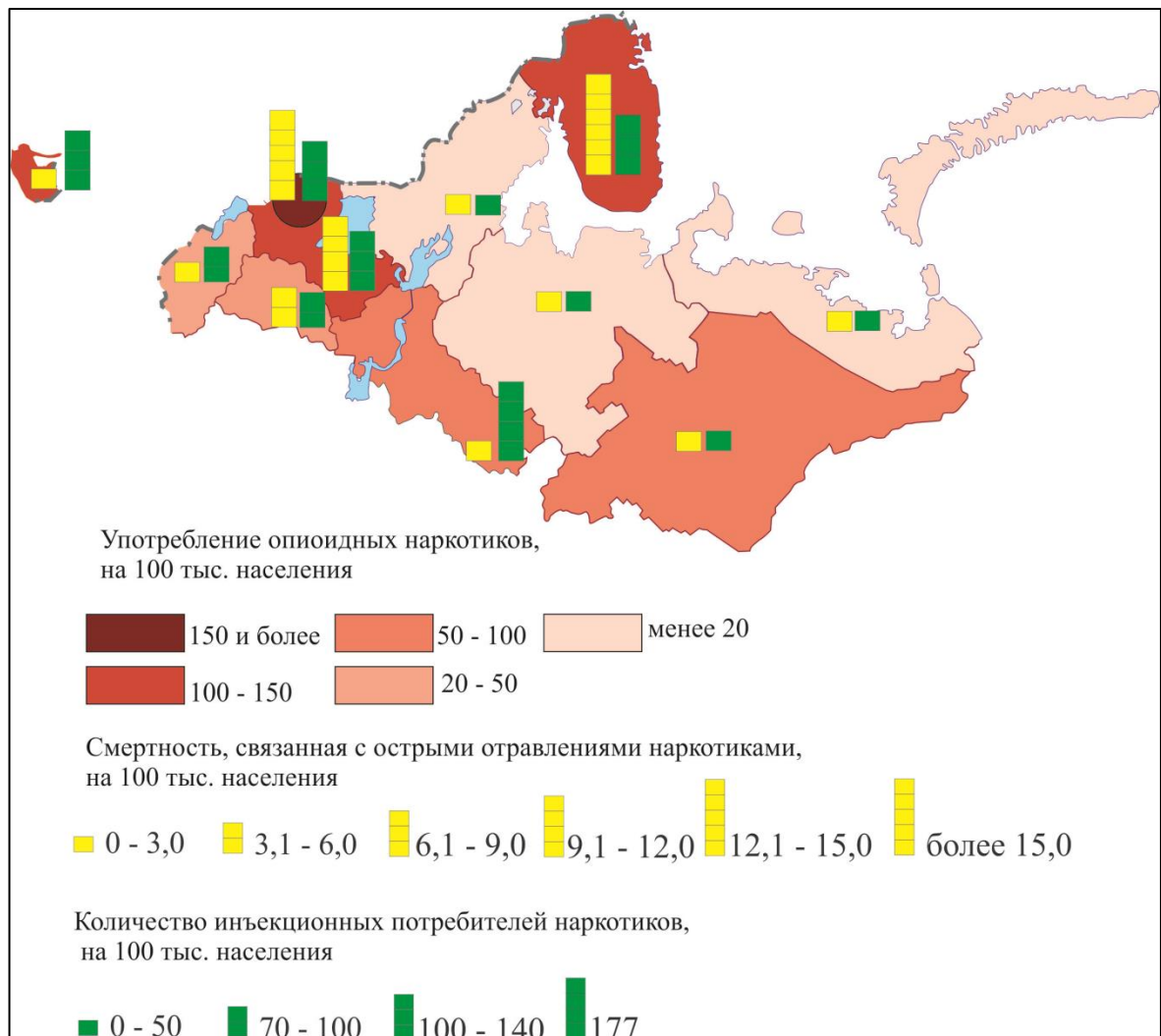


Рисунок 36 – Группировка регионов СЗФО России по уровню опиоидной наркомании, включая данные по смертности, связанной с острыми отравлениями наркотиками, количества инъекционных потребителей наркотиков на 100 тыс. населения по состоянию на 2020 г.

Источник: составлено автором на основе [47,171].

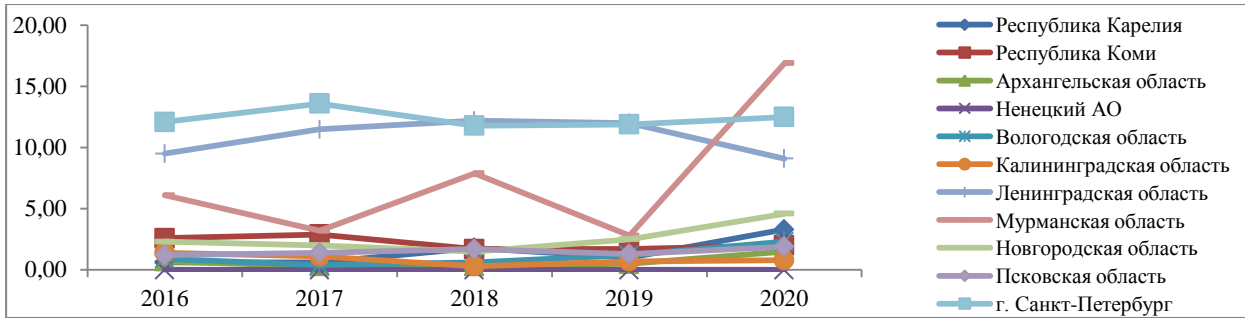


Рисунок 37 – Динамика смертности, связанная с острыми отравлениями наркотиками на территории СЗФО России за период с 2016 по 2020 гг. Источник: составлено автором на основе [169, 170, 171].

Наркомания оказывает значительное влияние и на криминогенную обстановку в округе. Среди регионов СЗФО отмечается тенденция снижения удельного веса наркопреступлений к общему числу зарегистрированных преступлений, за исключением Псковской, Новгородской и Калининградской областей (рис. 38, Приложение 25).

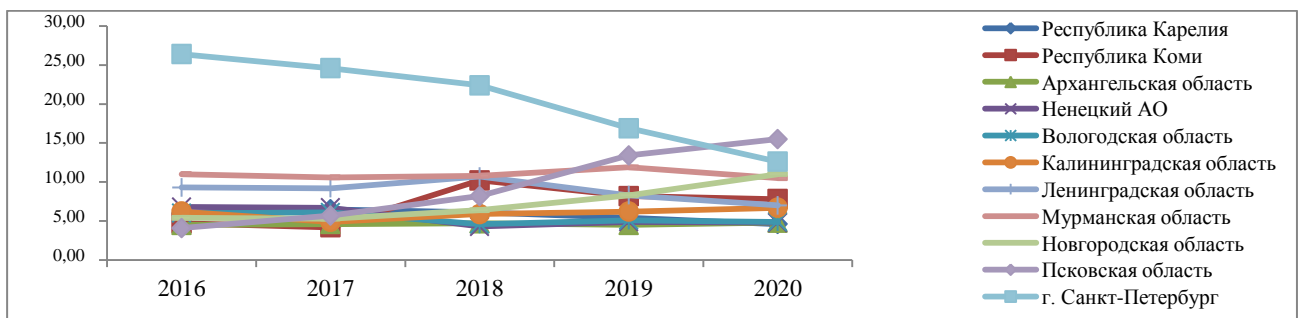


Рисунок 38 – Динамика удельного веса наркопреступлений к общему числу преступлений, зарегистрированных на территории регионов СЗФО России за период с 2016 по 2020 гг.

Источник: составлено автором на основе [169, 170, 171].

Вовлеченность наркозависимых в незаконный оборот наркотиков в целом по округу ниже общероссийского показателя, за исключением Республики Карелия, Ненецкого автономного округа, Новгородской области (рис.39, Приложение 25).

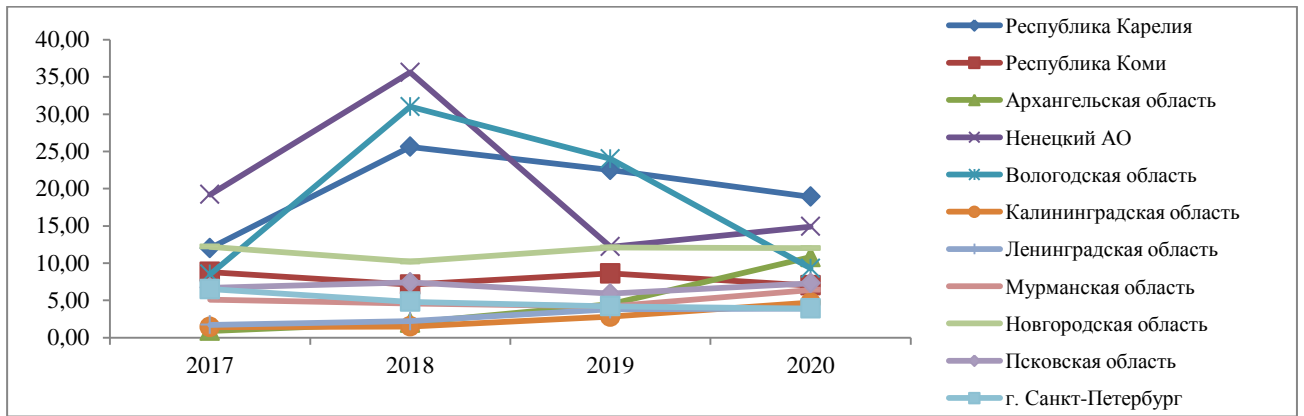


Рисунок 39 – Динамика вовлеченности наркозависимых в незаконный оборот наркотиков по регионам СЗФО России за период с 2017 по 2020 гг. Источник: составлено автором на основе [170, 171].

Удельный вес осужденных за наркопреступления к общему числу осужденных имеет также тенденцию к снижению по всем субъектам округа (рис. 40, Приложение 25).

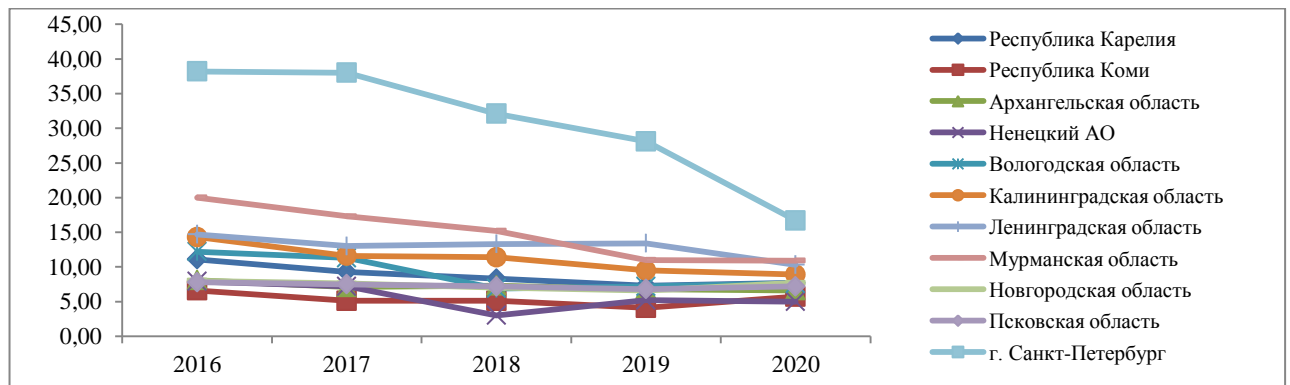


Рисунок 40 – Динамика осужденных за наркопреступления к общему числу осужденных, отбывающих наказание на территории регионов СЗФО России за период с 2016 по 2020 гг. Источник: составлено автором на основе [169, 170, 171].

Среди субъектов округа наибольший удельный вес осужденных за незаконный оборот наркотиков к общему числу осужденных отмечается в субъектах с высоким уровнем опиоидной наркомании (г. Санкт-Петербург, Мурманская, Ленинградская и Калининградская области). Следует отметить, что

в Северной столице данный показатель по сравнению с 2016 г. сократился на 56%.

Удельный вес осужденных в молодом возрасте (от 18 до 29 лет) за преступления в сфере незаконного оборота наркотиков к общему числу осужденных за данный вид преступлений, хотя и имеет тенденцию к снижению, остается на достаточно высоком уровне (более 50%). Среди субъектов округа наихудший показатель отмечается в Республике Карелия, Архангельской области, Ненецком автономном округе (рис. 41, Приложение 25).

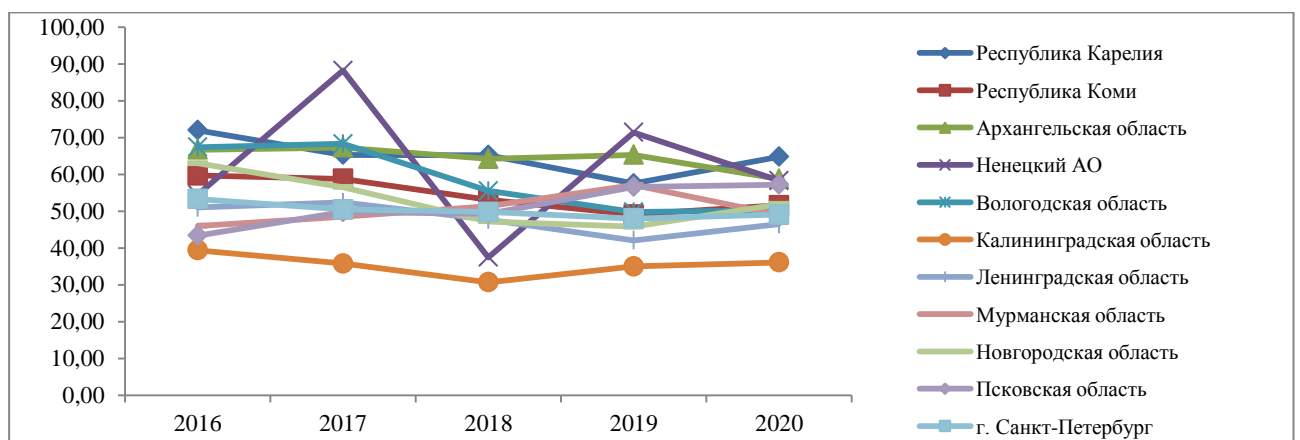


Рисунок 41 – Динамика осужденных за наркопреступления в молодом возрасте к общему числу осужденных за преступления в сфере НОН, отбывающих наказание на территории регионов СЗФО России за период с 2016 по 2020 гг.

Источник: составлено автором на основе [169, 170, 171].

Интегральная оценка показателей состояния территориального развития наркоситуации по регионам СЗФО, определенная путем расчета индексов основных ее показателей на 2017 и 2020 гг., позволила нам выделить три типа субъектов округа с учетом современного состояния наркоситуации: умеренный, проблемный, кризисный (Приложение 26, 27, рис. 42). Группировка осуществлялась методом равных интервалов.

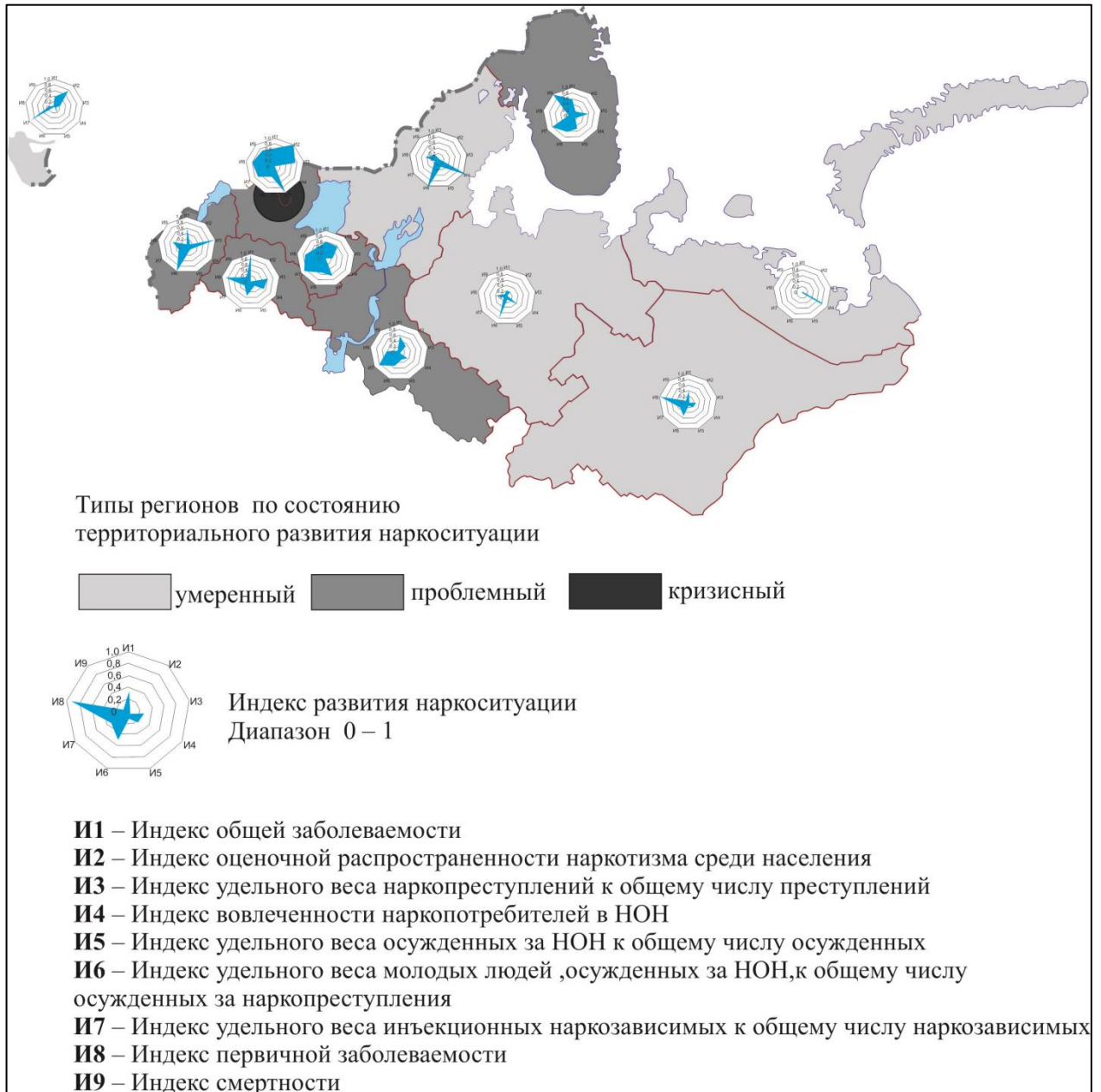


Рисунок 42 – Типы регионов СЗФО России по состоянию территориального развития наркоситуации в 2020 г.

Источник: составлено автором

Полученные результаты показывают, что в 2020 г., как и в 2017 г., к субъектам с умеренным типом территориального развития наркоситуации относились Республики Карелия и Коми, Ненецкий автономный округ, Архангельская и Калининградская области. Проблемный тип территориального развития наркоситуации складывался в Новгородской, Ленинградской,

Вологодской, Мурманской и Псковской областях. Следует отметить, что последние три субъекта в 2017 г. ранее относились к умеренному типу. В 2020 г. в Вологодской, Мурманской и Псковской областях отмечался рост таких показателей, как общая заболеваемость наркологическими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, смертность, обусловленная острыми отравлениями наркотиками. Территориальный уровень развития наркоситуации в 2017 г. и в 2020 г. в г. Санкт-Петербурге оценивался как кризисный. Для Северной столицы характерен высокий уровень смертности, связанной с острыми отравлениями наркотиками, высокая доля инъекционных наркозависимых, высокий удельный вес осужденных за незаконный оборот наркотиков к общему числу осужденных, средний уровень общей заболеваемости.

Обработка полученных данных с использованием процедуры кластеризации с помощью инструментальных средств программы Statistica 10 позволила нам сформировать дендрограмму многомерной иерархической кластеризации регионов СЗФО России по основным показателям состояния наркоситуации (рис. 43).

На основе дендрограммы субъекты округа были сгруппированы по характерным для них особенностям состояния наркоситуации. В первую группу вошли г. Санкт-Петербург, Мурманская, Калининградская, Ленинградская и Вологодская области. Для данных субъектов характерны высокие показатели доли наркозависимых, употребляющих наркотики внутривенно, смертности, связанной с острыми отравлениями наркотиками, доли осужденных за преступления в сфере незаконного оборота наркотиков. Во вторую группу вошли Псковская и Новгородская области, Республика Коми. Для них характерны высокие показатели общей заболеваемости, выше среднего показатель лиц, осужденных в молодом возрасте за незаконный оборот наркотиков, к общему числу осужденных за наркопреступления, достаточно высокий уровень первичной заболеваемости. Данные субъекты отличаются незначительной долей осужденных

за наркопреступления, низкими показателями количества инъекционных наркозависимых и смертности от передозировки наркотиками. В третью группу вошли Республика Карелия, Ненецкий автономный округ, Архангельская область. Данные субъекты характеризуются самыми низкими показателями общей заболеваемости, удельного веса наркопреступлений к общему числу зарегистрированных преступлений, инъекционных наркозависимых, низким уровнем смертности от передозировки наркотиками. Вместе с тем они отличаются высоким уровнем вовлеченности наркозависимых в незаконный оборот наркотиков, удельного веса лиц, в молодом возрасте осужденных за незаконный оборот наркотиков, к общему числу осужденных за НОН.

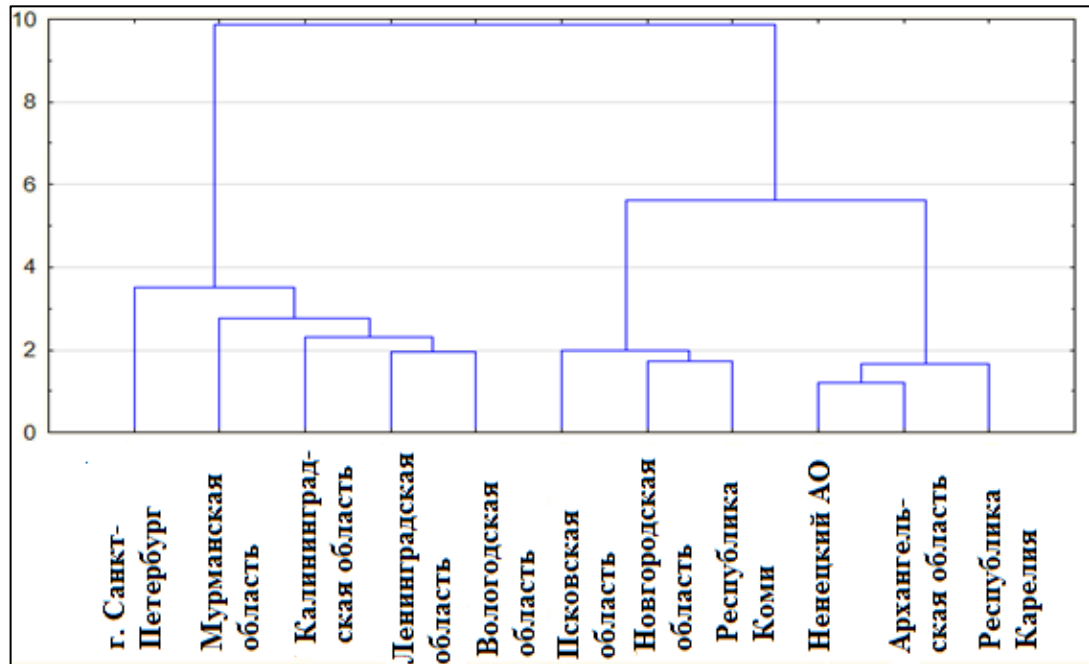


Рисунок 43 – Дендрограмма иерархической кластеризации регионов СЗФО России по состоянию наркоситуации в 2020 г.

Проведенный анализ показывает, что начиная с 2000 г. практически во всех субъектах округа отмечается рост общей заболеваемости наркологическими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, за исключением Калининградской области и Республики Карелия. Вместе с тем в последние годы

наблюдается тенденция снижения количества лиц, состоящих на учете в учреждениях здравоохранения, связанных с проблемой употребления наркотических средств и психотропных веществ. Кроме того, в округе отмечается замещение традиционных видов наркотиков новыми видами наркотических средств, психотропными веществами, психостимуляторами. Особую тревогу вызывает тот факт, что подростковая наркомания в субъектах округа в основном связана с употреблением данных веществ.

Внутрирегиональные различия наркоситуации в регионах СЗФО в значительной степени обусловлены природно-климатическими, социальными, экономическими, демографическими, транспортными и иными факторами. По уровню наркотизма, наркопреступности административно-территориальные единицы субъектов округа можно условно разделить на четыре групп.

В первую группу административно-территориальных единиц с высоким уровнем наркотизма, наркопреступности можно отнести региональные центры и крупные города субъектов, а также районы окружающие их (например, в Республике Карелия – г. Петрозаводск, г. Костомукша, Сегежский, Кондопожский, Прионежский районы; в Калининградской области – г. Калининград, Советский, Черняховский, Балтийский городские округа; в Новгородской области – г. Великий Новгород, Новгородский, Чудовский, Маловишерский районы; в Вологодской области – г. Вологда, г. Череповец, Череповецкий, Вологодский районы) [56, 57, 59, 91]. Региональные центры выступают своеобразными полюсами роста для субъектов, в которых сосредоточены основные ресурсы (финансовые, производственные, образовательные и т.д.) [63, 123, 125]. Они, а также близлежащие районы активно притягивают население, особенно молодежь, которая рассматривается наркосбытчиками в качестве основного потенциального покупателя. В Ленинградской области высокий уровень наркомании, наркопреступности отмечаются в районах, прилегающих к Санкт-Петербургской агломерации (Гатчинский, Всеволожский, Выборгский районы) [108]. Для административно-территориальных единиц первой группы характерны высокие показатели

отравлений, обусловленных употреблением наркотиков. Помимо преступлений, связанных с незаконным сбытом наркотиков и их хранением, для них характерны и такие составы, как незаконное изготовление наркотиков.

Вторую группу образуют районы, хотя и удаленные от административно-территориальных единиц первой группы, но связанные с ними устойчивыми транспортными, социальными и экономическими связями, а также районы, имеющие крупные транспортные узлы. Например, относительно высокие показатели наркомании, наркопреступности в Республике Карелия отмечаются в Медвежьегорском и Беломорском районах; в Архангельской области – в Устьянском, Вельском, Няндомском районах; в Вологодской области – в Бабаевском, Вытегорском, Устюженском районах [52, 59, 91].

К этой группе следует также отнести приграничные районы субъектов округа с наличием крупных контрольно-пропускных пунктов пересечения границы. Такие территории более подвержены росту уровня наркотизма населения и наркопреступности. В отдельных субъектах показатели заболеваемости наркоманией, наркопреступности в приграничных районах могут быть выше, чем в региональных центрах. Например, в Калининградской области уровень первичной заболеваемости наркоманией в Советском городском округе в 2021 г. превышал показатель г. Калининграда в 5,7 раз. В Республике Карелия удельный вес наркопреступлений в общем количестве зарегистрированных преступлений в 2020 г. в Сортавальском и Лахденпохском районах был выше показателя г. Петрозаводска (11,6% и 7,4% соответственно против 5,1%). Общая заболеваемость наркоманией на 100 тыс. населения в Лахденпохском районе Республики Карелия превышала показатель республиканского центра в 1,54 раза [59]. В структуре наркопреступности в таких районах выделяются преступления, связанные со сбытом и контрабандой наркотических средств.

Третью группу образуют районы средней периферии, сельские районы. Для них характерны незначительные показатели наркотизма, наркопреступности. К их числу можно отнести в Вилегодский, Ленский районы в Архангельской области; Батецкий, Поддорский, Маревский районы в Новгородской области [52, 57].

К четвертой группе следует отнести административно-территориальные образования дальней периферии, которые отличаются значительным отдалением от основных центров, низкой людностью поселений, плохо развитой транспортной сетью, а также закрытые административно-территориальные образования (ЗАТО). Для них характерны незначительные показатели заболеваемости наркоманией, наркопреступности или отсутствие таковых. Например, в Вологодской области к ним можно отнести Вашкинский, Кичменгско-Городецкий, Тарногский районы; в Республике Карелия – Калевальский, Муезерский районы; в Республике Коми – Троицко-Печорский, Ижемский район; в Мурманской области – Терский район, ЗАТО Островной, ЗАТО Заозерск и т.д.

Сравнительно-географический анализ наркоситуации в СЗФО со странами ЕС и России показывает, что для округа характерны общие черты состояния наркоситуации, структуры наркопотребления со странами Северной Европы и существенные различия с другими федеральными округами, что в определенной степени обусловлено особенностями географического положения. Как ранее отмечалось, в СЗФО практически отсутствует сырьевая база для производства растительных наркотиков. Культивирование наркосодержащих растений в открытом грунте возможно только в регионах, расположенных в южных широтах. В целом показатель каннабиноидной наркомании в СЗФО остается самым низким по сравнению с другими округами страны. В странах Северной Европы опыт употребления наркотиков данной группы значительно ниже, чем в большинстве других стран ЕС. Округ отличается и низким уровнем общей заболеваемости наркоманией на протяжении длительного времени. Эта черта характерна и для большинства стран Северной Европы. Вместе с тем, наркоситуация в СЗФО осложняется высоким уровнем употребления опиоидных наркотиков, в том числе синтетических, что характерно для стран Северной Европы. В отличие от других округов России в структуре заболеваемости наркоманией доля наркозависимых от наркотиков этой группы превышает 70% (среднее значение по стране – 55%). Как ранее отмечалось, для опиоидных наркотиков характерен инъекционный способ

употребления, что способствует быстрому развитию наркозависимости, распространению среди наркозависимых инфекционных заболеваний (ВИЧ-инфекция, гепатит и т.д.), а также высокой смертности от отравления ими. На протяжении длительного времени показатели смертности от употребления наркотических средств в Мурманской, Ленинградской областях, в г. Санкт-Петербурге остаются одними из самых высоких в стране. В странах Северной Европы также отмечается наибольшее число смертей от передозировки наркотиками (Эстонии, Швеции, Финляндии и т.д.). Следует отметить, что в отличие от других округов России в СЗФО отмечается высокий уровень женской наркомании, который по своим показателям схож со странами Северной Европы.

Снижение внешнеэкономических связей со странами ЕС отчасти способствовало значительному сокращению наркотрафика опиоидных наркотиков, что привело к снижению уровня наркомании, наркопреступности в регионах округа, в которых преобладала опиоидная наркомания. В 2020 г. в Ленинградской области общая заболеваемость, связанная с употреблением наркотиков, сократилась на 36% по сравнению с 2008 г., в Калининградской области – на 17,7%, в г. Санкт-Петербурге – на 6,3%. Во всех остальных регионах произошел рост заболеваемости наркомании, особенно в южных и восточных субъектах округа (в Архангельской области – в 3,76 раза, в Вологодской – в 2,59 раза, в Псковской – в 2,4 раза, в Новгородской – в 1,47 раза). Наибольшее сокращение наркопреступности произошло в г. Санкт-Петербурге, Ленинградской области (доля наркопреступности к общему количеству зарегистрированных преступлений по сравнению с 2016 г. сократилось в 2 и 1,32 раза соответственно), наибольшее увеличение – в Псковской и Новгородской областях (в 3,78 и в 2 раза соответственно). Такая тенденция обусловлена широким распространением на наркорынке южных и восточных регионов округа новых видов наркотиков, психостимуляторов, которые в основном доставляются из субъектов Центрального и Приволжского федеральных округов. Следует отметить, что за последние десять лет отмечается тенденция снижения уровня женской

наркомании в западных регионах округа и существенное увеличение в восточных, что также обусловлено изменением структуры наркопотребления.

ГЛАВА 3. РЕГИОНАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА В СФЕРЕ РЕГУЛИРОВАНИЯ НАРКОСИТУАЦИИ В РЕГИОНАХ СЗФО РОССИИ

3.1. Факторы, влияющие на территориальные различия наркоситуации в регионах СЗФО России

Анализ состояния наркоситуации региона обязательно должен строиться с учетом ее территориальной специфики, условий и факторов, которые способствуют ее формированию или наоборот затормаживают. Их исследование позволяет не только установить причинно-следственный комплекс, с помощью которого возможно прогнозировать тенденции изменения состояния наркоситуации в будущем, но и разработать оптимальные меры по борьбе с этим пагубным явлением с учетом специфики конкретной территории.

Термин «фактор» (лат. factor – «делающий, производящий») – означает причину, движущую силу какого-либо явления (процесса), которая обуславливает ее характер [134]. В связи с этим под факторами наркотизма следует понимать все те явления и процессы, с которыми она напрямую связана и взаимодействует и которые имеют любое детерминирующее, в том числе и казуальное (причинно-условное) значение для объяснения ее порождения, определения.

Следует отметить, что в контексте нашего исследования факторы наркотизма не могут рассматриваться как причины или условия, которые способствуют его возникновению. Например, высокая плотность мест досуга молодежи на определенной территории может обуславливать существенные различия в состоянии наркоситуации по сравнению с другими территориями, но такое обстоятельство нельзя рассматривать в качестве причины наркотизма, так как оно не порождает саму наркозависимость.

Во время исследования было установлено, что факторы, которые способствуют развитию наркотизма, могут при определенных обстоятельствах

выступать и как причины, и как условия, объясняющие их детерминации или региональные особенности его характера и параметров.

Изучение аналитических материалов (докладов антинаркотических комиссий, НИИ Сербского и т.д.), исследований по данной тематике [34, 31, 75, 24, 67, 119, 140, 116, 117] показывает, что на уровень территориального развития наркоситуации в регионе с разной интенсивностью влияет множество факторов, которые по их содержательной характеристике можно условно разделить на шесть групп: исторические, географические, социально-экономические, социально-психологические, организационно-правовые, факторы, связанные с правоохранительной и правоприменительной деятельностью.

К историческим факторам (условиям) можно отнести местные обычаи, традиции, особенности вероисповедания, связанные как с возделыванием наркосодержащих растений, так и с их употреблением. Например, широкое распространение опиума в эпоху раннего Средневековья на территориях, где проживали мусульмане, было обусловлено рядом причин. Во-первых, он служил заменой вина, которое не должны употреблять мусульмане в соответствии с канонами Ислама. Во-вторых, опиум позволял заглушать голод, что способствовало его употреблению во время священного месяца («Рамадан»), когда мусульмане должны соблюдать строгий пост. На территориях округа, расположенных в более южных широтах (Псковская, Новгородская, Архангельская области), на протяжении длительного времени выращивали коноплю для производства пеньки [198].

На состояние наркоситуации достаточно сильно влияют географические факторы, в числе которых особую роль играют:

- экономико-географическое положение;
- природно-ресурсные условия;
- природно-климатические условия.

К социально-экономическим факторам относятся:

- половозрастная структура населения;
- уровень экономического развития;
- количество и плотность населения;
- уровень урбанизации;
- миграционная активность и т.д.

К социально-психологическим факторам можно отнести:

- ослабление традиционных форм социального контроля;
- терпимое отношение общества к употреблению наркотических средств и психотропных веществ;
- появление субкультуры наркозависимых и т.д.

Организационно-правовые факторы, как правило, связаны с принятием нормативно-правовых актов (законов, постановлений и т.д.), регулирующих оборот наркотических средств и психотропных веществ, наказание за их незаконный оборот. Например, легализация наркотиков, декриминализация статей, связанных с незаконным оборотом наркотиков, может способствовать росту наркотизма, как это отмечается в некоторых странах Европейского союза. Например, декриминализация марихуаны в Нидерландах в 1984 г. привела к увеличению ее потребителей за десять лет более чем в два раза [77]. Следует отметить, что принятие законов, связанных с легализацией или декриминализацией наркотических средств и психотропных веществ в государствах, которые граничат с субъектами СЗФО, может привести к ухудшению наркоситуации в последних.

Факторы, связанные с правоохранительной и правоприменительной деятельностью, также оказывают существенное влияние на незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ, уровень наркопреступности. Использование передовых технологий для обнаружения наркотических средств в тайниках, в международных почтовых отправлениях, в грузах при перемещении их через государственную границу способствует уменьшению незаконного оборота наркотиков. Правоохранительные органы должны быть нацелены, в

первую очередь, на пресечение крупных поставок наркотиков на территорию России, борьбу с наркобизнесом. Если основной акцент будет направлен на привлечение к уголовной ответственности только наркозависимых (за хранение наркотических средств), рядовых сбытчиков, то данные меры не будут способствовать снижению наркотизма в регионах. Кроме того, нельзя допускать коррупционного поведения должностными лицами, которые пресекают незаконный оборот наркотиков.

Указанные выше факторы по источнику происхождения можно условно разделить на две группы: внутренние и внешние. К числу внешних относятся факторы, которые отражают влияние территориальных особенностей на развитие наркоситуации в регионе (природно-географические, уровень развития инфраструктуры, экономико-географическое положение и т.д.). Внутренние факторы определяют ее развитие внутри социума (социально-экономические, демографические и т.д.).

Рассмотрим влияние отдельных факторов на состояние наркоситуации в регионах СЗФО, структуру наркопотребления.

Как отмечалось, для культивирования конопли нужны благоприятные природно-климатические условия, водные ресурсы. Климат большинства субъектов федерального округа не способствует культивированию наркосодержащих растений, за исключением территорий, расположенных в более южных широтах, где возможно выращивание конопли. Наибольшее количество каннабиноидных наркозависимых в округе зарегистрировано в Псковской и Новгородской областях. Для субъектов, в которых отмечается высокий уровень наркотиков данной группы, характерен значительный уровень наркопотребления, т.к. для многих больных наркоманией каннабиноиды были «стартовыми» наркотиками. Среди субъектов округа наибольшее количество наркозависимых отмечается в Псковской, Новгородской и Вологодской областях. Смена сезонности года в данных субъектах влияет и на показатели преступлений,

связанных с культивированием наркосодержащих растений.

Для большинства регионов СЗФО России характерно тесное международное сотрудничество со странами Европейского союза, что обусловлено приграничным и приморским положением отдельных регионов, развитостью торгово-транспортной инфраструктуры [25,79]. Вместе с тем выгодное географическое положение для развития внешнеэкономической деятельности нередко создает определенные угрозы для населения. Как ранее было отмечено, через территорию России проходит «Северный» маршрут доставки афганского героина в страны Западной Европы. Наибольший показатель опиоидной наркомании в округе отмечается в субъектах, имеющих крупные международные транспортные узлы (Мурманская и Ленинградская области, г. Санкт-Петербург), что позволяет рассматривать их территорию для налаживания каналов контрабанды героина в другие страны. Естественно, что часть героина оседает в самих субъектах. Часть наркотических средств, в основном синтетические наркотики, поступали в субъекты округа с территории приграничных стран (Польша, Финляндия, страны Балтии). Снижение внешнеэкономической деятельности со странами Европейского союза на фоне политических разногласий способствовало уменьшению наркотрафика героина через территорию субъектов округа, что привело к снижению опиоидной наркомании. Уменьшение контрабанды синтетических наркотиков из сопредельных стран способствовало налаживанию подпольного производства отдельных видов наркотиков данной группы внутри округа. Введение продуктового эмбарго на продукты питания, ввозимые ранее с территории стран Европейского союза, и увеличение поставок продуктов из стран Латинской Америки способствовали налаживанию нелегальных каналов поставки кокаина через российские порты, расположенные в акватории Балтийского моря. С учетом переизбытка произведенного кокаина в мире можно прогнозировать его стабильное поступление на территорию нашей страны через порты

Ленинградской области и г. Санкт-Петербурга, а также транзитом через страны Балтии и Республику Беларусь [171].

На наркоситуацию в субъектах округа достаточно сильно влияет положение по отношению к крупным зонам распространения наркотиков. Для регионов СЗФО такими центрами стали г. Санкт-Петербург, Ленинградская область, г. Москва, Московская область. Следует отметить, что на территории данных субъектов выявлялось наибольшее количество подпольного производства наркотиков в нашей стране. В 2018 г. в Москве и в Московской области – 57, в г. Санкт-Петербурге и Ленинградской области – 16 [93]. Близкое расположение по отношению к данным зонам имеют Вологодская, Псковская, Новгородская области. Именно в этих субъектах отмечаются высокие показатели общей заболеваемости на протяжении длительного времени. Следует также отметить, что удаленность от центров распространения определенных видов наркотиков достаточно сильно влияет на их стоимостную доступность для потребителей. Например, при рассмотрении стоимости героина по субъектам СЗФО (по данным антинаркотических комиссий и решений судебных дел по состоянию на 2015 г.) было установлено, что наиболее низкая его стоимость складывалась в Новгородской области (1000 рублей за 1 грамм), в Ленинградской области и г. Санкт-Петербург (1100 рублей за 1 грамм), наибольшая – в Калининградской области (5000 рублей за 1 грамм) [14]. Низкая стоимость героина в Новгородской области обусловлена близким расположением по отношению к Москве и Московской области, которые являются крупной зоной распространения героина для ЦФО, ЮФО и СЗФО, «выгодным» транзитным положением для наркосбытчиков, достаточно развитой транспортной инфраструктурой. Невысокая стоимость героина в Санкт-Петербурге и Ленинградской области также обусловлена развитой транспортной инфраструктурой, достаточно интенсивным транспортным движением по направлению к Московской области. По мере удаления от центра распространения героина его стоимость

увеличивается. Самая высокая стоимость героина в округе была в Калининградской области. На ее формирование повлияла не только удаленность от зоны распространения, но и необходимость перевозки наркотика через государственную границу. На территорию области героин поступал из Литовской Республики [55], где его стоимость практически в два раза превышала среднюю розничную цену в России [165].

Как мы видим, на стоимостную доступность запрещенных веществ влияет не только удаленность от зон их распространения, но и проницаемость границ. Усиление пограничного и таможенного контроля затрудняет наркотрафик, что увеличивает стоимость наркотиков и, как следствие, их доступность для наркопотребителей. С другой стороны, осуществление таможенного контроля за перемещением грузов на внешних границах Евразийского экономического союза и беспрепятственное перемещение их в последующем через внутренние границы стран Таможенного союза способствует не только развитию торговли между странами участниками, но и существенно увеличивает риски проникновения наркотических средств на территорию России [201]. Например, по данным антинаркотической комиссии Псковской области, часть сильнодействующих веществ, марихуаны поступает в субъект с территории Республики Беларусь [58].

Введение ограничительных мер при пересечении государственной границы, как это было в связи с распространением COVID-19, с одной стороны, уменьшило контрабандный ввоз на территорию РФ наркотиков, имеющих зарубежное происхождение, а с другой, способствовало налаживанию производства синтетических наркотиков внутри страны, в том числе и на территории регионов СЗФО России [176].

Уровень развития транспортной инфраструктуры также оказывает существенное влияние на состояние наркоситуации в округе. Большинство наркотических средств, психотропных веществ, потенциально опасных психоактивных веществ поступают в регионы СЗФО России извне. Основная

часть наркотических средств доставляется автомобильным транспортом. Если рассматривать связь между плотностью автомобильных дорог с уровнем общей заболеваемости, то можно отметить, что субъекты с высоким уровнем развития транспортной инфраструктуры в начале 2000-х годов отличались высокими показателями заболеваемости наркоманией (Калининградская, Ленинградская, Новгородская, Псковская области, г. Санкт-Петербург), за исключением Мурманской области. Следует отметить, что проведенный корреляционный анализ по годам показывает постепенное снижение взаимосвязи между показателями уровня общей заболеваемости и плотностью автомобильных дорог в СЗФО России. Так, если в 2000 г. между ними прослеживалась средняя сила связи (0,68), то к 2020 г. уровень их взаимосвязи снизился до слабого (0,46) (Приложение 28). Причина такого снижения обусловлена появлением новых способов доставки наркотических средств в субъекты округа (почтовыми отправлениями, курьерами). Например, в Ненецком автономном округе показатель общей заболеваемости, по сравнению с 2000 г., в 2020 г. увеличился более чем в 4 раза.

Среди внутренних факторов особо следует отметить демографические, экономические и социальные. В начале 2000-х гг. наихудшие показатели заболеваемости в округе отмечались в субъектах с достаточно высокой плотностью населения (Калининградская, Ленинградская, Новгородская области и г. Санкт-Петербург). Данная тенденция объяснялась тем, что наркодилеры предпочитают сбывать запрещенные вещества в более густонаселенных субъектах, где имеется достаточно большое количество потенциальных клиентов [152]. В настоящее время отмечается снижение силы связи между показателями плотности населения и заболеваемости наркоманией (с 0,42 в 2000 г. до 0,39 в 2020 г.) (Приложение 28). Если рассматривать взаимосвязь между плотностью населения и структурой наркопотребления в субъектах, то можно отметить, что для густонаселенных территорий округа (Калининградская и Ленинградская

области, г. Санкт-Петербург) характерна опиоидная наркомания (коэффициент силы связи составляет 0,48). Уровень урбанизации территории также оказывает существенное влияние на состояние наркоситуации и структуру наркопотребления. Масштабы наркопотребления в городах значительно выше, чем в сельской местности. В городской среде формируется специфическая среда для распространения асоциальных явлений, в частности наркомании. Корреляционный анализ между заболеваемостью наркоманией и количеством городов в субъекте показывает наличие слабой силы связи между ними (0,46). Если рассматривать взаимосвязь между количеством городов с населением менее 10 тыс. человек, которые в основной массе являются моноспециализированными поселениями, то сила связи становится более заметной (0,56). Именно малые города, с точки зрения устойчивости социально-экономического развития, являются наиболее уязвимыми. Корреляция между количеством городов и особенностями структуры наркопотребления в субъектах округа показывает прямую высокую силу связи с опиоидной наркоманией (0,73). Если рассматривать взаимосвязь между величиной городов в субъекте и структурой наркопотребления, то можно отметить, что прослеживается средняя сила связи между количеством больших и крупных городов и показателями наркомании от психостимуляторов по субъектам округа (0,59).

Вместе с тем, если в 2000 г. между удельным весом городского населения в общей численности населения с показателями наркомании коэффициент корреляции определялся как 0,45, то в настоящее время он значительно снизился (до 0,13 в 2020 г.) (Приложение 28). Предполагается, что это обусловлено появлением новых видов наркотиков на наркорынке и расширением возможности по их доставке в удаленные местности при помощи почтовых отправлений, службами курьерской доставки. Следует подчеркнуть, что в субъектах округа с низким удельным весом городского населения отмечается достаточно высокий уровень каннабиноидной наркомании (коэффициент силы связи – 0,45). Этот факт

обусловлен тем, что данные территории (Новгородская, Псковская, Ленинградская, Вологодская области) пригодны для культивирования в открытом грунте конопли.

Расчет индекса уровня территориальной наркомании, а также индексов уровня территориальной наркозависимости по видам употребляемых наркотиков позволил сравнить показатели заболеваемости наркоманией, наркозависимости по видам употребляемых наркотиков с учетом численности и площади территорий субъектов (Приложение 29).

Полученные результаты показывают, что:

– в крупных субъектах округа с низкой плотностью населения в основном преобладают зависимости от психостимуляторов и других видов наркотиков (Республики Карелия и Коми, Архангельская область, Ненецкий АО);

– высокий уровень территориальной зависимости от опиоидных наркотиков характерен для малых по территории субъектов с высоким уровнем плотности населения (Калининградская область, г. Санкт-Петербург);

– высокий уровень территориальной наркозависимости от каннабиноидов отмечается в средних по территории субъектах со средним уровнем плотности населения (Новгородская и Псковская области);

– высокий уровень территориальной заболеваемости наркоманией характерен для малых и средних по территории субъектов с высоким и средним уровнем плотности населения (г. Санкт-Петербург, Калининградская, Вологодская, Псковская, Новгородская области);

– низкий уровень территориальной заболеваемости наркоманией отмечается в крупных субъектах с низкой плотностью населения (Республики Карелия и Коми, Архангельская область).

Если рассматривать влияние экономических факторов на состояние наркоситуации, то необходимо учитывать отраслевую специализацию субъектов, так как от нее значительно зависит уровень развития регионов. Субъекты округа по данному критерию можно разделить на следующие группы: индустриально-

аграрные регионы (Новгородская, Калининградская области), аграрно-индустриальные регионы (Псковская область), регионы с опорой на сырьевой сектор (Ненецкий АО, Республика Коми), регионы с опорой на обрабатывающую промышленность (Архангельская, Вологодская и Ленинградская области), индустриально-сырьевые регионы (Республика Карелия), аграрно-сырьевые регионы (Мурманская область), регионы без опоры на какую-либо отрасль (г. Санкт-Петербург) [19, 138]. Более высокие показатели развития имеют субъекты со значительной долей сырьевого сектора (Ненецкий АО, Республика Коми, Мурманская область) и г. Санкт-Петербург. Для них характерен высокий уровень валового регионального продукта (ВРП) на душу населения от среднего по стране, высокие среднедушевые денежные доходы населения по округу. К регионам среднего уровня развития можно отнести Архангельскую, Вологодскую, Калининградскую, Ленинградскую области и Республику Карелия (ВРП на душу населения от 75% от среднего по стране). К регионам пониженного уровня развития относятся Новгородская и Псковская области (ВРП на душу населения менее 75% от среднего по стране). Данные субъекты отличаются слабодиверсифицированной отраслевой структурой экономики. Промышленное производство сконцентрировано в областных центрах. Для большинства районных центров Новгородской и Псковской областей характерна монопрофильная структура экономики. Данные субъекты отличаются низкими среднедушевыми доходами населения, низким соотношением среднедушевых доходов с величиной прожиточного минимума. Высокий уровень бедности способствует оттоку трудового населения в более развитые субъекты.

Если сравнивать показатели ВРП на душу населения с показателями заболеваемости наркоманией по субъектам СЗФО, то между ними прослеживается обратная средняя сила связи (- 0,51). Для большинства регионов округа с высоким уровнем заболеваемости наркоманией (Вологодская, Новгородская, Псковская области) характерны низкие среднедушевые денежные

доходы (Приложение 28).

Негативные явления в экономике влекут за собой распространение социальных проблем, что сказывается на состоянии наркоситуации. Любая болезнь прогрессирует в благоприятной среде, а для наркомании такой средой является снижение уровня социального благополучия населения, что подтверждается социологическими опросами. В докладах Государственного антинаркотического комитета России, а также антинаркотических комиссий, действующих в субъектах РФ, подчеркивается, что среди основных причин употребления наркотических средств и психотропных веществ большинство респондентов указывают на неудовлетворенность жизнью, социальное неблагополучие, экономические проблемы, отсутствие организованного досуга. Для Вологодской, Новгородской и Псковской области, помимо низких среднедушевых денежных доходов населения, характерны: высокая доля неблагоустроенного жилья (удельный вес жилья, оборудованного водоснабжением в Псковской, Новгородской, Вологодской областях в 2020 г. не превышал 67,6%, канализацией – 62,5%), низкий охват населения Интернетом (менее 73%, при среднем для округа показателе – 78,9%) и т.д. Корреляция между количеством спортивных залов на 100 тысяч населения с показателями заболеваемости наркоманией показывает на обратную среднюю силу связи между ними (- 0,63).

Анализ территориальных особенностей формирования наркотизма и структуры наркопотребления позволяет сформировать представление о таком факторе, как геонаркотическое положение. Его можно рассматривать как отношение определенного объекта (страны, региона, субъекта, поселения и т.д.) к другим объектам (процессам), которые находятся на его территории или за его пределами и могут оказать влияние на состояние наркоситуации. Подобное определение в отношении геокриминогенного положения были даны А.Д. Бадовым [24], К.Ю. Сикач [119].

К числу объектов и процессов, влияющих прямо или косвенно на состояние наркоситуации в субъектах округа, относятся:

- положение по отношению к крупным центрам распространения и подпольного производства наркотиков;
- наличие крупных международных морских узлов;
- транспортная система субъекта;
- система расселения населения;
- предприятия региона и их характеристика (химические, фармацевтические и т.д.);
- расположение относительно государственной границы и др.

Проведенное исследование показывает, что территориальная дифференциация наркоситуации в СЗФО России, ее субъектах обусловлена географическими (экономико-географическое положение, природно-климатические условия, геонаркотическое положение и т.д.), социальными, демографическими, экономическими, транспортными и иными факторами, которые оказывают существенное влияние на структуру и масштабы наркопотребления. Активное использование для продажи наркотиков сети Интернет, а также новых способов доставки наркотиков (почтовыми отправлениями, курьерскими службами) позволило организовать их сбыт в удаленные местности, что привело к снижению влияния на масштабы наркопотребления транспортных и демографических факторов. Вместе с тем влияние социально-экономических факторов на состояние наркоситуации остается по-прежнему весомым. Борьба с наркотизмом должна обязательно строиться одновременно с мероприятиями по повышению благосостояния граждан, качества их жизни, организации досуга населения, пропаганды здорового образа жизни.

3.2. Влияние наркоситуации в регионах СЗФО России на их социально-экономическое развитие

Территориальная специфика наркоситуации оказывает достаточно сильное влияние на многие социально-экономические параметры региона, среди которых следует выделить показатели смертности, здоровья населения, преступности, нагрузки пенитенциарной системы [10, 134].

Систематическое употребление наркотических средств негативно влияет на здоровье человека, сокращает продолжительность жизни [134]. Как ранее было отмечено, в зависимости от употребляемых средств продолжительность жизни наркозависимого с момента начала употребления наркотика может ограничиться 5-10 годами. Следует отметить, что большинство наркозависимых умирает не от передозировки, а от последствий, связанных с употреблением наркотиков. Среднее значение коэффициента корреляции между общей заболеваемостью наркоманией и показателями коэффициента общей смертности, доли населения старше трудоспособного возраста за период с 2013 по 2020 гг. по округу составляло 0,48 и 0,42 соответственно.

Распространенность наркомании среди лиц молодого возраста и сокращение продолжительности их жизни при систематическом злоупотреблении наркотиками способствует увеличению демографической нагрузки на трудоспособное население. Среднее значение силы связи между показателями коэффициента демографической нагрузки и общей заболеваемости наркоманией за период с 2015 по 2020 гг. определялась как 0,40.

Высокий показатель распространенности наркомании среди мужчин, а также сокращение продолжительности жизни после начала употребления наркотиков является одной из причин увеличения диспропорции между полами. Например, в Новгородской и Псковской областях на 1000 мужчин в 2019 г. приходилось 1212 и 1157 женщин соответственно [174].

Как уже ранее было отмечено, наиболее негативные последствия, связанные с наркотизмом населения, вызывают опиоидные наркотики, что обусловлено быстрым развитием зависимости от них, а также преимущественно инъекционным способом употребления, способствующему распространению инъекционных заболеваний среди наркозависимых. Например, высокие показатели смертности, связанной с острыми отравлениями наркотиками, отмечаются в субъектах с высоким уровнем опиоидной наркомании. Среднее значение коэффициента корреляции между данными показателями за период с 2016 по 2020 гг. составило 0,63.

Инъекционный способ употребления большинства наркотиков данной группы способствует распространению среди наркозависимых инфекционных заболеваний. Если рассматривать уровень связи между коэффициентом смертности по классу 1 (от инфекционных и паразитарных болезней) и показателями опиоидной наркомании по субъектам округа, то можно отметить заметную силу связи между ними, особенно среди умерших в трудоспособном возрасте. Среднее значение коэффициента корреляции за период с 2017 по 2020 гг. по каждой паре составило 0,66.

Прослеживается также высокий уровень связи между показателями пораженности населения ВИЧ и показателями опиоидной наркомании. Среднее значение коэффициента корреляции за период с 2014 по 2020 гг. между ними составило 0,74. Средняя сила связи наблюдается при сравнении показателя распространенности туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией на 100 тыс. населения и показателями опиоидной наркомании. Среднее значение коэффициента корреляции за период с 2014 по 2020 гг. между ними составило 0,68. Необходимо отметить, что лечение инфекционных заболеваний требует колоссальных средств. Например, в Калининградской области в 2019 году стоимость лечения одного ВИЧ-инфицированного в год составляла от 300 до 400 тыс. рублей [199]. Только в 1-ом полугодии 2021 г. на приобретение лекарств от

ВИЧ Минздрав России потратил почти 26 млрд руб. [184]. Стоимость финансирования противотуберкулезных мероприятий в 2019 г. составила более 102 млрд рублей, из которых 77,3% приходилось на средства региональных бюджетов. Кроме того, ВИЧ-инфекция, туберкулез, гепатит и ряд других инфекционных заболеваний, которые распространены среди опиоидных наркозависимых, могут стать причинами инвалидности, в том числе 1-ой и 2-ой группы.

Наркомания негативно влияет и на репродуктивную функцию как у мужчин, так и у женщин. Если на первом этапе употребления наркотиков они повышают «либидо» и, как следствие, могут привести к беспорядочным половым связям, то уже с развитием заболевания – угнетают половое влечение [18]. Если проводить корреляционный анализ между общим коэффициентом рождаемости и общей заболеваемостью наркоманией по субъектам СЗФО за период с 2010 по 2020 гг., то между ними отмечается обратная слабая сила связи (среднее значение коэффициента корреляции составило – 0,3). Употребление наркотиков во время беременности увеличивает вероятность мертворождения. Корреляционный анализ между показателями младенческой смертности и структурой наркопотребления по субъектам округа показывает на слабую силу связи между коэффициентом младенческой смертности и распространенностью зависимости от других психостимуляторов (среднее значение коэффициента корреляции за период с 2017 по 2020 гг. с временным смещением в один год составило 0,44).

Следует также отметить, что субъекты округа, в которых уровень потребления психостимуляторов остается на высоком уровне, отличаются высокими показателями подростковой наркомании. Среднее значение коэффициента корреляции между данными показателями за период с 2017 по 2020 гг. составляло 0,48. Кроме того, на территории таких субъектов отмечается и высокий уровень женской наркомании (среднее значение коэффициента корреляции за период с 2017 по 2019 гг. составляло 0,42). Предпочтение

подростками и женщинами психостимуляторов обусловлено удобством способа их употребления.

Наркотизм оказывает существенное влияние на криминогенную обстановку, пенитенциарную систему. Если рассматривать взаимосвязь между удельной долей наркопреступности и структурой наркопотребления, то можно отметить, что в субъектах, где преобладает опиоидная наркомания, прослеживается средняя сила связи между ними (среднее значение коэффициента корреляции за период с 2016 по 2020 гг. составляло 0,57). Следует отметить, что взаимосвязь показателя удельного веса наркопреступности и опиоидной наркомании отчасти обусловлена действующим антинаркотическим законодательством. Для большинства опиоидных наркотиков, как правило, установлены более малые веса, за хранение которых виновные лица могут быть привлечены к уголовной ответственности. Например, постановлением Правительства РФ от 01 октября 2012 г. N 1002 значительным весом применительно к статьям 228, 228.1., 229, 229.1 УК РФ является карфентанил массой 0,002 грамма [7]. Внесение новых видов синтетических наркотиков, которые распространяются в качестве «легальной» альтернативы традиционным наркотическим средствам, в список контролируемых веществ требует соблюдения сложной процедуры, которая может занять значительное время. Если такое вещество не признается аналогом известного наркотика, то оно заносится в реестр потенциально опасных психоактивных веществ. Вместе с тем в отношении веществ, которые попали в реестр, не предусматривается уголовная ответственность за их хранение без цели сбыта [11]. Следует также отметить, что в субъектах с высоким показателем опиоидной наркомании отмечается высокий уровень криминогенности наркомании. Среднее значение коэффициента корреляции за период с 2016 по 2020 гг. составило 0,52. Кроме того, в субъектах с высоким уровнем опиоидной наркомании отмечается и высокий уровень удельного веса осужденных за наркопреступления. Корреляционный анализ показывает на увеличение силы

связи между этими показателями за период с 2016 по 2020 гг. Среднее значение коэффициента корреляции составило 0,69.

Высокая доля среди осужденных за незаконный оборот наркотиков молодых людей в возрасте от 18 до 29 лет, а также значительные сроки, связанные с лишением свободы за незаконный оборот наркотиков, сдерживают экономическое развитие субъектов, испытывающих острую нехватку трудовых ресурсов. Следует отметить, что количество наркозависимых, отбывающих наказание в местах лишения свободы, достаточно высоко. Например, по данным УФСИН по Калининградской области, в 2019 г. на учете как потребляющие наркотические средства состояло 1120 осужденных из 2424 лиц, отбывающих наказание [55]. Употребление наркотических средств ведет не только к деградации личности, но и сопровождается утратой интереса как к учебе, так и трудовой деятельности. Оставаясь без источника к существованию, многие наркозависимые совершают преступления для приобретения наркотических средств. Особенно это характерно для лиц, употребляющих опиоидные наркотики.

Как мы видим, влияние наркотизма на социально-экономическое развитие регионов СЗФО зависит от масштаба пораженности населения заболеванием, структуры и способа наркопотребления. В субъектах с высоким уровнем общей заболеваемости отмечаются высокие показатели коэффициента общей смертности, значительная доля населения старше трудоспособного возраста, высокий коэффициент демографической нагрузки на трудоспособное население. Кроме того, для них характерна и достаточна сильная диспропорция между полами. Наиболее негативное влияние на социально-экономическое развитие оказывает опиоидная наркомания, что обусловлено быстрым развитием зависимости, деградацией личности, а также преимущественно инъекционным способом употребления наркотических средств данной группы. В субъектах округа (г. Санкт-Петербург, Ленинградская, Мурманская, Калининградская

области), в которых отмечается высокий показатель зависимости от опиоидов, отмечаются достаточно высокие показатели смертности, обусловленной острыми отравлениями наркотиками, а также смертности от инфекционных заболеваний. Кроме того, в них отмечается высокий уровень пораженности населения ВИЧ и другими инфекционными заболеваниями. Соответственно, субъекты со значительным числом опиоидных наркозависимых должны выделять из региональных бюджетов большее количество средств как на лечение наркозависимости, так и заболеваний, которые были ими обусловлены. Вместе с тем данные средства могли бы быть направлены на развитие других приоритетных медицинских программ. Прослеживается также заметная связь между показателями опиоидной наркомании и такими показателями, как удельный вес наркопреступлений к общему числу преступлений, удельный вес молодых лиц, осужденных за наркопреступления, к общему числу осужденных за преступления данной группы, криминогенности наркомании. Данный вид наркомании оказывает наибольшую нагрузку на пенитенциарную систему.

Вместе с тем в случае перехода к употреблению других видов наркотических средств, психостимуляторов внутривенно, как это происходит в некоторых странах Европейского союза, может резко ухудшиться состояние наркоситуации в регионах, где они получили наибольшее распространение. «Популярность» данных видов наркотиков среди женщин и подростков указывает на необходимость усиленного внимания к профилактике их употребления в данных группах. Употребление психостимуляторов в качестве «стартовых» наркотиков может впоследствии привести к зависимости от более «тяжелых» наркотических средств.

3.3. Приоритетные направления в профилактике территориального регулирования наркоситуации в регионах СЗФО России

Наркотизм подрывает экономическую безопасность государства и здоровье нации, ухудшает криминогенную обстановку. Наркобизнес носит трансграничный характер, и борьба с ним должна вестись не только силами региона, государства, но и в рамках тесного международного сотрудничества. Если рассматривать территориальную оценку регулирования наркоситуации, то можно выделить три основных ее уровня: мега-, макро- и мезоуровни.

Регулирование наркоситуации на мегауровне осуществляется в рамках международного сотрудничества государств по борьбе с наркоманией и наркобизнесом. Основу системы международного контроля над наркотиками образуют Единая конвенция о наркотических средствах 1961 г. [1], Конвенция о психотропных средствах 1971 г. [2], Конвенция ООН о борьбе против незаконного оборота наркотиков и психотропных веществ 1988 г. [3]. Конвенции 1961 г. и 1971 г. устанавливают меры международного контроля над наркотическими средствами и психотропными веществами соответственно. Конвенция 1988 г. в основном направлена на укрепление сотрудничества государств по борьбе с наркопреступностью. Она предусматривает также реализацию мер по конфискации доходов, полученных от незаконной продажи наркотиков. В рамках международного сотрудничества по борьбе с наркобизнесом и наркоманией принимаются и другие международные многосторонние и двухсторонние документы (соглашения, договоры и т.д.). Важную роль в координации взаимодействия государств в данной сфере играют такие международные организации, как Международный комитет по контролю над наркотиками (МККН), Управление ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН). МККН осуществляет мониторинг за реализацией международных конвенций ООН о контроле над наркотиками со стороны государств и оказывает им помощь в

данном вопросе. УНП ООН исследует и анализирует проблемы, связанные с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков в мире, на основе которых готовит рекомендации для принятия необходимых мер со стороны государств, оказывает помощь странам в ратификации и применении соответствующих международных договоров [35].

Как мы видим, регулирование наркоситуации на мегауровне во многом определяет направление политики государств в данной сфере.

Регулирование наркоситуации на макроуровне осуществляется путем принятия нормативно-правовых актов (законы, указы, постановления и т.д.), государственных программ. Национальное законодательство определяет основной вектор государственной политики в сфере незаконного оборота наркотиков и злоупотребления ими. Исходя из норм уголовного права России, нашу страну можно отнести к числу государств с умеренной уголовной политикой в сфере борьбы с незаконным оборотом наркотиков [35]. Действующее российское законодательство не предусматривает уголовную ответственность за употребление наркотиков. Длительные сроки лишения свободы устанавливаются только за тяжкие наркопреступления. Предусматривается возможность отсрочки от отбывания наказания в виде лишения свободы для наркозависимых, изъявивших желание пройти курс лечения и реабилитации.

В настоящее время основным механизмом в реализации мер борьбы с наркоманией и наркопреступностью выступает «Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2030 года», утвержденная Указом Президента Российской Федерации от 23.11.2020 г. № 733[5]. Она предусматривает реализацию таких направлений, как:

- совершенствование антинаркотической деятельности и государственного контроля за оборотом наркотиков;
- сокращение числа наркозависимых и лиц, с пагубным употреблением наркотиков;

- профилактика и раннее выявление употребления наркотиков;
- сокращение преступлений в сфере НОН;
- совершенствование международного сотрудничества в сфере оборота наркотиков.

Координацию деятельности федеральных органов государственной власти по реализации Стратегии на федеральном уровне осуществляет Государственный антинаркотический комитет (ГАК). Им разрабатывается и утверждается соответствующий межведомственный план мероприятий, а также осуществляется ежегодный мониторинг состояния наркоситуации в стране.

На уровне субъектов принимаются целевые программы по противодействию злоупотреблению наркотиками и их незаконным оборотом, которые должны включать мероприятия из перечня приоритетных направлений Стратегии, а также создаются антинаркотические комиссии. В рамках своей деятельности комиссии разрабатывают план мероприятий реализации Стратегии, осуществляют ежегодный мониторинг состояния наркоситуации в регионе. Они также координируют деятельность федеральных, региональных органов исполнительной власти, органов местного самоуправления муниципальных образований по противодействию НОН и профилактике наркомании.

Как мы видим, государственная политика в сфере регулирования наркоситуации определяет общий вектор борьбы с наркопреступностью, наркоманией в стране.

Региональная политика в области борьбы с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ, наркотизацией населения позволяет учитывать территориальную специфику и, соответственно, более эффективно проводить антинаркотическую политику на местах.

Международный опыт по борьбе с наркотизмом показывает, что наиболее эффективные результаты достигаются при сочетании следующих компонентов: профилактика наркопотребления, его пресечение, лечение и реабилитация

наркозависимых, борьба с незаконным оборотом наркотиков. Данные компоненты должны включаться в антинаркотические программы федерального, регионального и местного уровня.

Среди перечисленных компонентов профилактика наркомании является реальным механизмом противодействия наркотизации населения. Она направлена как на препятствование распространению негативных явлений в обществе путем изменения социальных условий, так и на предупреждение заболеваний, устранение факторов риска. Именно профилактика позволяет населению оставаться здоровым вследствие применения предупредительных мер. Мировая практика свидетельствует о том, что для государства экономичнее заниматься именно ей, чем преодолевать последствия, которые обусловлены употреблением наркотических средств, психотропных веществ, галлюциногенов и т.д.

Профилактику наркомании недостаточно применять индивидуально, поскольку эта проблема актуальна для всего общества. Профилактика наркотизации, основой которой является изменение социальных условий, позволяет достичь несколько целей: воспрепятствовать распространению негативных явлений в обществе, предупредить сопутствующие заболевания, устранить факторы риска. Поэтому очевидно, что необходимо создать единый комплекс мер по профилактике наркомании с привлечением не только государственных органов, но и различных социальных институтов, а также всех слоев населения.

В настоящее время в России преобладает медицинская модель борьбы с наркотизмом, которая в основном направлена на лечение и реабилитацию наркозависимых. Конечно, предпринимаются шаги по раннему выявлению лиц среди обучающихся в образовательных учреждениях на предмет употребления наркотиков, но такие исследования охватывают незначительную долю обучающихся и носят добровольный характер. Данные мероприятия наряду с такими, как «Сообща, где торгуют смертью», по своей сути являются

предупредительными мерами. Вместе с тем именно профилактические меры призваны оградить население от самого употребления запрещенных веществ. Они должны осуществляться как на общем, так и на индивидуальном уровне через семью, школу, религию, культуру, организацию досуга, а также со стороны государственных институтов: полиции, судебных и законодательных органов.

Анализ факторов и условий, влияющих на развитие наркоситуации в СЗФО, структуру наркопотребления, каналы поставки и транзита наркотических средств в округе, последствий, которые обусловлены наркопотреблением, позволил выделить приоритетные мероприятия территориального регулирования наркоситуации для регионов СЗФО России. Их можно условно разделить на три группы:

- общие мероприятия, которые должны включаться в программы всех субъектов округа;

- дополнительные мероприятия для отдельных субъектов с учетом структуры наркопотребления, территориальной специфики наркоситуации, а также каналов поставок наркотиков.

К общим мероприятиям можно отнести:

- организационно-управленческие мероприятия;

- мероприятия правового характера;

- мероприятия социального характера;

- экономические мероприятия;

- разъяснительно-воспитательные мероприятия.

Организационно-управленческие мероприятия направлены на координацию деятельности органов публичной власти, общественных институтов по проведению мониторинга наркоситуации, ее анализа, прогнозирования и внесение соответствующих корректировок в антинаркотические программы. Кроме того, они могут включать и научно-исследовательскую деятельность, связанную с разработкой рекомендаций, новых возможностей диагностирования показателей

наркоситуации и т.д.

Меры правового характера предусматривают не только контроль со стороны государственных институтов за незаконным оборотом наркотиков, но и оперативное включение в соответствующие списки веществ, которые представляют потенциальную опасность для здоровья населения. В первую очередь это касается новых видов синтетических наркотиков, которые пропагандируются как легальная альтернатива традиционным наркотикам. Обязательно должен осуществляться мониторинг интернет-ресурсов на предмет нелегальной торговли наркотиками, размещения информации о способах изготовления наркотических средств в домашних условиях с последующей блокировкой таких ресурсов.

Меры социального характера вносят важный вклад в профилактику наркотизма среди населения. Наркомания является социальной болезнью, и ее состояние во многом зависит от социального благополучия населения. Исследование факторов, оказывающих влияние на состояние наркоситуации, показывает существенную связь между условиями жизни населения, уровнем доходов, организацией досуга и показателями заболеваемости наркоманией. В ходе социологических опросов, проводимых в рамках исследования состояния наркоситуации в субъектах антинаркотическими комиссиями, действующими в них, большинство респондентов неизменно указывают в качестве причины первого порядка употребления наркотических средств – неудовлетворенность жизнью и социальное неблагополучие [90]. Не стали исключением и регионы СЗФО России. В Новгородской, Псковской, Вологодской областях, где отмечается высокий уровень наркотизма, количество благоустроенного жилья намного меньше по сравнению с другими субъектами округа. Данные регионы отличаются самыми низкими среднедушевыми доходами населения по СЗФО. Кроме того, в них отмечаются и проблемы с организацией досуга населения, занятием спортом. В связи с этим одним из приоритетных направлений в

профилактике территориального регулирования наркоситуации в регионах СЗФО должно стать повышение социально-экономического благополучия населения. Кроме того, следует разрабатывать специальные программы по поддержке семей, в которых имеются наркозависимые. Например, с положительной стороны зарекомендовала себя программа «Укрепление семьи» (США), одним из направлений которой является обеспечение безопасности детей от пагубного влияния наркозависимых родителей (одного из родителей) [78].

В качестве одной из причин распространения наркомании специалисты считают дефицит элементарных знаний о наркотиках и последствиях их употребления. Анализ социологических опросов, проводимых антинаркотическими комиссиями, действующими в субъектах округа, показывает, что растет доля граждан, предполагающих отсутствие вреда для здоровья при наркопотреблении [167]. Появляющиеся на наркорынке новые потенциально опасные вещества рекламируются сбытчиками как безвредная альтернатива тяжелым наркотикам. Вместе с тем, как уже ранее было отмечено, систематическое злоупотребление такими веществами наносит непоправимый вред здоровью. Именно поэтому разъяснительно-воспитательной работе должна отводиться ведущая роль в профилактике наркомании. Она должна осуществляться как на уровне семьи, школы, так и общества в целом. Ее основными направлениями являются: пропаганда здорового образа жизни, отказ от употребления наркотических средств, психотропных веществ, информирование населения о последствиях употребления наркотиков, особенно среди групп риска (молодежь, подростки), формирование у детей и молодежи психологических навыков по противодействию вовлечению к употреблению наркотиков, антисоциальному поведению. Данная воспитательно-разъяснительная работа может проводиться в виде встреч, бесед, широкомасштабных мероприятий, которые должны носить системный характер и широко освящаться в средствах массовой информации.

Меры экономического характера должны быть не только направлены на подрыв наркобизнеса, разрушение коррупционных схем, но и связаны с поддержкой негосударственных фондов, которые занимаются реабилитацией наркозависимых, желающих лечиться анонимно. Кроме того, должны быть разработаны меры по поддержке семей, где есть наркозависимые, меры по поддержке самих наркозависимых после курсов реабилитации (трудоустройство, смена места проживания при их согласии, оформление документов и т.д.).

На индивидуальном уровне можно выделить профилактические мероприятия правового, воспитательного и медицинского характера. Они направлены на устранение причин индивидуального антиобщественного поведения, а также реабилитацию наркозависимых, которые прошли соответствующее лечение.

Предупредительные меры, как правило, направлены на раннее выявление лиц, употребляющих запрещенные вещества. К их числу можно также отнести и мероприятия, связанные с предупреждением негативных последствий, обусловленных наркотизмом. Раннее выявление лиц, злоупотребляющих наркотиками, позволяет избежать негативных последствий, которые могут возникнуть при регулярном употреблении. Данная работа должна в первую очередь проводиться среди подростков и молодежи. В этом плане интересен опыт Швеции, антинаркотическая программа которой доказала свою эффективность. Например, учителя при выявлении симптомов употребления наркотиков, при изменении поведения учащихся должны в обязательном порядке сообщить об этом в социальную службу. В стране действует также так называемая «молодежная полиция», которой предоставлены полномочия для проведения тестирования молодых людей на предмет употребления запрещенных веществ, в случае если их поведение вызывает подозрение. Кроме того, она наделена правом проверки квартир при получении сообщений об осуществлении там торговли или употребления наркотиков [144].

Медицинские меры направлены на лечение и реабилитацию наркозависимых. Они призваны помочь больному снять физическую зависимость, оказать психологическую поддержку. Реабилитационные мероприятия направлены на возвращение к нормальной жизни таких пациентов, предотвращение «срывов» у них. К их числу можно отнести программы по трудоустройству, а также по переселению на новое место жительства, т.к. одной из причин возврата к употреблению наркотиков являются связи с прежним «кругом общения». Подобные программы позволяют начать жизнь с чистого листа, но требуют финансовой поддержки со стороны государства.

Следует отметить, что при разработке антинаркотических программ обязательно должна учитываться специфика наркопотребления.

В субъектах, территория которых пригодна для выращивания наркосодержащих растений (Псковская, Новгородская, Вологодская, Ленинградская области, южные районы Республики Карелия и Архангельской области), необходимо проводить на регулярной основе мероприятия по уничтожению нелегальных посевов конопли. Для субъектов с преобладающей долей опиоидных наркотических средств (г. Санкт-Петербург, Мурманская, Калининградская и Ленинградская области), для которых характерно внутривенное употребление наркотиков, с целью минимизации распространения среди наркозависимых инфекционных заболеваний целесообразно организовать пункты выдачи одноразовых шприцев. Такая практика хорошо себя зарекомендовала в странах Европейского союза. В Финляндии, где оценочный показатель потребителей инъекционных наркотиков остается одним из высоких в ЕС, отмечается незначительное количество случаев заражения ВИЧ, связанных с употреблением запрещенных веществ (0,14 случая на 100 тыс. населения в 2020 г.). В нашей стране этот показатель значительно выше – 13,5 случая на 100 тысяч населения.

В целях предупреждения употребления психостимуляторов, новых видов наркотиков необходимо проводить на регулярной основе психологическое и

медицинское тестирование групп рисков (подростков, молодежи) на предмет раннего выявления фактов злоупотребления ими. В этой связи целесообразно организовывать дополнительную разъяснительную работу с родителями и лицами, их заменяющими, о важности проведения подобных исследований, так как они носят добровольный характер. Особое внимание данной работе следует уделить в регионах, в которых отмечаются высокие показатели наркозависимости от психостимуляторов (Республики Карелия и Коми, Архангельская область, г. Санкт-Петербург).

В зависимости от каналов поставок запрещенных веществ, возможности организации подпольного производства наркотических средств на местах в антинаркотические программы субъектов округа могут включаться дополнительные мероприятия, направленные на снижение незаконного оборота наркотиков. Субъектам, имеющим крупные международные морские транспортные узлы (г. Санкт-Петербург, Калининградская, Ленинградская и Мурманская области), требуется принимать меры по усилению контроля за перемещением через границу товаров. Например, использование технических средств для дистанционного поиска наркотиков (переносные газоанализаторы, рентгеновские томографы и т.д.) позволяет облегчить работу по выявлению контрабанды запрещенных веществ. Однако применение этих средств на практике ограничивается их высокой стоимостью.

С целью пресечения деятельности подпольных лабораторий по кустарному изготовлению наркотических средств и психотропных веществ в крупных городах округа (в первую очередь г. Санкт-Петербург, города Ленинградской области) следует устанавливать контроль за продажей лабораторного оборудования, а также химических реактивов, которые могут использоваться в качестве прекурсоров.

Для крупных по территории субъектов округа характерны высокие показатели наркозависимости от психотропных средств и других видов наркотиков. В удаленные населенные пункты они могут доставляться почтовыми отправлениями. Активное внедрение в работу почтовых служб технических

средств, позволяющих диагностировать пересылку запрещенных веществ в почтовых отправлениях (интероскопы, портативные идентификаторы наркотических средств и т.д.) может снизить незаконный оборот данных видов наркотиков. Правовая база для применения подобных технических средств на территории России существует, так как действующее законодательство предусматривает запрет перевозки наркотических средств, психотропных веществ почтовыми отправлениями. Следует отметить, что в настоящее время доставка запрещенных веществ данным способом актуальна для большинства субъектов Российской Федерации.

В субъектах, на территории которых наркотические средства и психотропные вещества завозятся из приграничных стран (Калининградская, Псковская и Ленинградская области), в обязательном порядке должна отслеживаться наркоситуация в сопредельных государствах для своевременного принятия мер реагирования. Например, при появлении новых видов наркотических средств и веществ.

Следует отметить, что пресечение (предупреждение) незаконного оборота наркотиков не может эффективно осуществляться без активной поддержки общественности. Для населения должна быть доступна информация о номерах «телефона доверия» служб, занимающихся противодействием незаконному обороту наркотиков, а также интернет-ресурсов, где они могут оставить сведения о местах сбыта наркотиков.

Кроме того, в рамках инициативы должны своевременно направляться предложения уполномоченными региональными органами исполнительной власти о внесении появившихся на территории субъекта новых веществ, представляющих угрозу для здоровья граждан, в список запрещенных или контролируемых веществ на территории Российской Федерации.

С учетом территориальной специфики развития наркоситуации в регионах СЗФО приоритетными мерами ее регулирования являются (рис. 44):

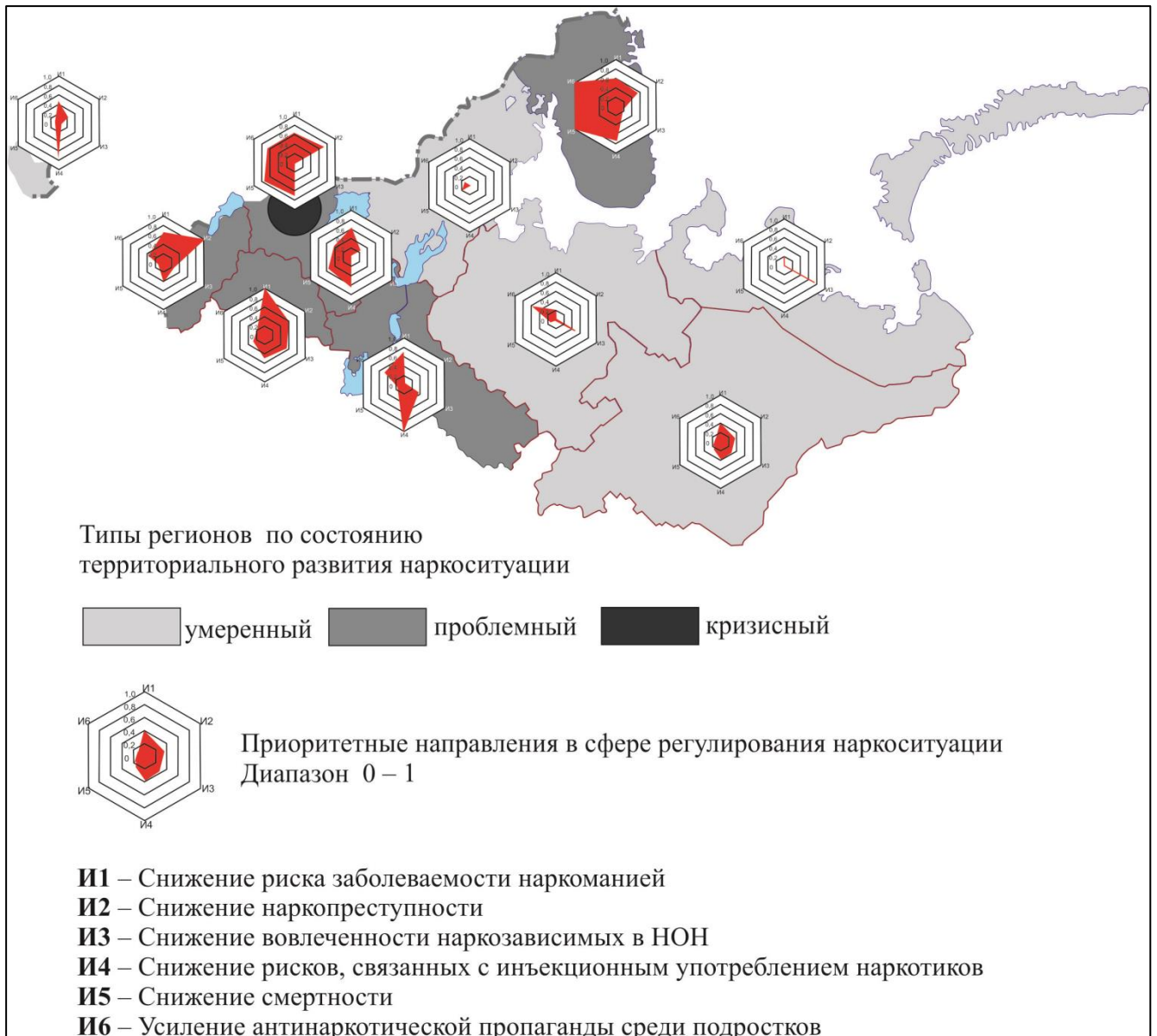


Рисунок 44 – Приоритетные направления в сфере регулирования наркоситуации для регионов СЗФО России

Источник данных: составлено автором.

- снижение риска заболеваемости наркоманией. Данные меры должны проводиться во всех субъектах округа. Особенное внимание проблемам наркомании необходимо уделять в Новгородской области. Реализация мероприятий по данному направлению должно сопровождаться мерами по улучшению социального благополучия населения;

- снижение уровня наркопреступности. Реализация данного направления актуальна для всех субъектов округа и особенно для г. Санкт-Петербурга. Северная столица является крупным узлом распространения наркотиков в России (кокаин, синтетические наркотики). Пресечение контрабанды наркотиков, а также подпольного производства синтетических наркотиков в городе будет способствовать улучшению наркоситуации во всем округе;

- снижение вовлеченности наркозависимых в незаконный оборот наркотиков. Деграция наркозависимых характерна для Республики Карелия и Ненецкого АО. В данных субъектах необходимо уделять внимание реабилитации наркозависимых и оказывать содействие в их трудоустройстве;

- снижение рисков, связанных с инъекционным употреблением наркотиков. Высокие показатели удельного веса наркозависимых, употребляющих наркотики внутривенно к общему числу потребителей наркотиков отмечаются в Калининградской, Вологодской, Ленинградской и Мурманской областях и в г. Санкт-Петербурге. В данных субъектах необходимо разрабатывать дополнительные мероприятия, направленные на снижение рисков, связанных с инъекционным употреблением наркотиков. К числу таких мер можно отнести программы по раздаче одноразовых шприцев, как это сделано в странах ЕС;

- снижение смертности, связанной с острыми отравлениями наркотиками. Данные мероприятия актуальны для Мурманской и Ленинградской области, г. Санкт-Петербурга. Высокие показатели таких смертей обусловлены употреблением опиоидных наркотиков. Снижение оборота наркотических средств данной группы (метадон, героин) в субъектах позволит улучшить ситуацию в этом направлении;

- усиление антинаркотической пропаганды среди подростков. Реализацию мероприятий по данному направлению необходимо осуществлять во всех регионах СЗФО, так как они направлены на профилактику наркомании в целом. В субъектах округа с высокими показателями подростковой наркомании

(Новгородская и Архангельская области) необходимо проводить дополнительную разъяснительную работу с родителями о необходимости проведения тестирования детей на предмет раннего выявления употребления наркотиков. Предусмотреть меры поддержки семьям, в которых выявлены такие дети и подростки, а также программы по их лечению и реабилитации.

Выбор приоритетных направлений регулирования наркоситуации для регионов СЗФО базировался на комплексном общественно-географическом исследовании территориального состояния наркоситуации в регионе с учетом структуры наркопотребления.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В диссертационном исследовании предложено решение актуальной научной задачи по обоснованию теоретико-методологической основы географического исследования территориального развития наркоситуации на различных таксономических уровнях.

Анализ теоретических и практических проблем по исследуемой тематике позволил оценить степень их изученности, сконцентрировать внимание на наиболее дискуссионных вопросах, выявить «белые пятна», обосновать методологию собственного подхода в оценке уровня территориального развития наркоситуации, а также сформулировать ряд выводов и рекомендаций, имеющих теоретическое и практическое значение.

В результате проведенного исследования мы пришли к следующим результатам и выводам:

1. Методику оценки регионального состояния наркоситуации целесообразно дополнить показателями, характеризующими структуру и способ наркопотребления. Их учет позволяет повысить эффективность антинаркотических мероприятий на местах, а также принять своевременные меры по минимизации рисков, обусловленных употреблением определенных групп запрещенных веществ.

2. Региональные и внутрирегиональные различия наркоситуации в СЗФО в значительной степени обусловлены экономико-географическим положением территорий, особенностями системы расселения, природно-климатическими условиями. Например, в крупных субъектах округа с низкой плотностью населения в основном преобладают зависимости от психостимуляторов и других видов наркотиков (Республики Карелия и Коми, Архангельская область, Ненецкий АО). Высокий уровень территориальной зависимости от опиоидных наркотиков характерен для малых по территории субъектов с высоким уровнем плотности населения (Калининградская область, г. Санкт-Петербург).

3. Комплексная оценка наркоситуации по предложенной методике

позволила провести типологию регионов СЗФО России по состоянию наркоситуации, с выделением умеренных, проблемных и кризисных типов, по преобладающей структуре наркопотребления с высоким уровнем опиоидной наркомании (Калининградская, Мурманская, Ленинградская области, г. Санкт-Петербург), с высоким уровнем зависимости от других видов наркотиков (Новгородская область), со смешанной структурой наркопотребления (остальные регионы округа).

В настоящее время отмечается снижение уровня наркомании в регионах округа, в которых преобладала опиоидная наркомания, и значительный рост заболеваемости в южных и восточных субъектах округа. Такая тенденция отчасти обусловлена сокращением наркотрафика героина на фоне снижения внешнеэкономических связей со странами ЕС и широким распространением на наркорынке южных и восточных регионов округа новых видов наркотиков, психостимуляторов, которые в основном доставляются из субъектов Центрального и Приволжского федеральных округов.

4. Исследование показывает, что наиболее негативное влияние наркотизма на социально-экономическое развитие регионов СЗФО прослеживается в субъектах с высоким уровнем опиоидной наркомании (Калининградская, Мурманская, Ленинградская области, г. Санкт-Петербург). Для них характерны значительная пораженность населения ВИЧ-инфекцией и другими инфекционными заболеваниями, высокая смертность от передозировки наркотиков, значительное число преступлений и правонарушений, совершенных в состоянии наркотического опьянения. Вместе с тем, переход на внутривенный способ употребления психостимуляторов, как это отмечается в некоторых странах ЕС, может существенно осложнить состояние наркоситуации в других субъектах округа.

5. Региональная политика в сфере регулирования наркоситуации должна учитывать результаты комплексных общественно-географических исследований территориального состояния наркоситуации с учетом структуры наркопотребления, каналов поставок запрещенных веществ.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- ЕСАД – Европейские города против наркотиков
- ЕМСДДА – Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании
- ЕСРАД – Европейского проекта обследования школ по проблеме потребления алкоголя и наркотиков
- АО – автономный округ
- ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
- ВРП – валовой региональный продукт
- ГАК – Государственный антинаркотический комитет
- ДФО – Дальневосточный федеральный округ
- ЗАТО – закрытое административно-территориальное образование
- КФО – Крымский федеральный округ
- МДМА – метилендиоксиметамфетамин, метамфетамин
- МККН – Международный комитет по контролю над наркотиками
- НОН – незаконный оборот наркотиков
- НПВ – новые психоактивные вещества
- НС – наркотические средства
- НСПВ – наркотические средства и психотропные вещества
- ПИН – потребители инъекционных наркотиков
- ПФО – Приволжский федеральный округ
- СЗФО – Северо-Западный федеральный округ
- СКФО – Северо-Кавказский федеральный округ
- СФО – Сибирский Федеральный округ
- УНП ООН – Управление по наркотикам и преступности Организации Объединенных наций
- УФО – Уральский федеральный округ
- ЦФО – Центральный федеральный округ
- ЮФО – Южный федеральный округ

Список использованных источников и литературы

I. Нормативно-правовые и иные акты

1. Единая конвенция о наркотических средствах 1961 года с поправками, внесенными в неё в соответствии с Протоколом 1972 года о поправках к Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года // Бюллетень международных договоров. – 2000. – № 8. – С. 15-50.

2. Конвенция о психотропных веществах 1971 года // Бюллетень международных договоров. – 2000. – № 8. – С. 75-90.

3. Конвенция Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ от 20 декабря 1988 г. // Сборник международных договоров СССР и Российской Федерации. – 1994. – № 47. – С. 133-157.

4. О наркотических средствах и психотропных веществах: Федеральный закон от 08.01.1998 №3–ФЗ «» (ред. от 08.12.2020) // СПС «Гарант».

5. Указ Президента РФ от 23 ноября 2020 г. N 733 «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2030 года» // СПС «Гарант».

6. Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации: Постановление Правительства РФ от 30.06.1998 года № 681 (ред. от 15.06.2022) // СПС «Гарант».

7. Об утверждении значительного, крупного и особо крупного размеров наркотических средств и психотропных веществ, а также значительного, крупного и особо крупного размеров для растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, для целей статей 228, 228.1, 229 и 229.1 Уголовного кодекса Российской Федерации: Постановление Правительства РФ от 01.10.2012 г. N 1002 (ред. от 15.06.2022) // Справочная правовая система «Гарант».

II. Литература

8. Абрамов, А.Ю. Правовые признаки наркотических средств и психотропных веществ / А. Ю. Абрамов, Н. В. Косолапова, С. В. Тхай // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2014. – Т. 9. – № 1. – С. 108-112.

9. Абрамов, А.Ю. Совершенствование механизма регулирования оборота наркотических средств и психотропных веществ в Российской Федерации: дис. ... д-ра. мед. наук: 14.02.03 / Абрамов Алексей Юрьевич. – М., 2015. – 316 с.

10. Абсатаров, Р.Р. Наркотизация населения как социальная проблема общества на примере субъектов Северо-Западного федерального округа / Р. Р. Абсатаров // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. Серия: Естественные и медицинские науки. – 2021. – № 4. – С. 35-44.

11. Абсатаров, Р.Р. Правовые проблемы борьбы с незаконным оборотом новых потенциально опасных психоактивных веществ / Р.Р. Абсатаров // Актуальные проблемы науки и практики: Гатчинские чтения – 2021: Сборник научных трудов по материалам VIII Международной научно-практической конференции, Гатчина, 21-22 мая 2021 года. – Гатчина: Государственный институт экономики, финансов, права и технологий, 2021. – С. 115-117.

12. Абсатаров, Р.Р. Проблемы проведения предварительного исследования наркотических средств на стадии доследственной проверки / Р. Р. Абсатаров // Вестник Калининградского филиала Санкт-Петербургского университета МВД России. – 2018. – № 2(52). – С. 151-155.

13. Абсатаров, Р.Р. Проведение мониторинговых исследований состояния наркоситуации в регионе, на примере СЗФО России / Р. Р. Абсатаров // Геополитика и экогеодинамика регионов. – 2021. – Т. 7. – № 4. – С. 131-143.

14. Абсатаров, Р.Р. Стоимостная оценка доступности наркотиков: факторы, влияющие на ее формирование в субъектах СЗФО России, подходы в определении / Р. Р. Абсатаров // Геополитика и экогеодинамика регионов. – 2021. – Т. 7. – № 2. – С. 99-107.

15. Абсатаров, Р.Р. Факторы, влияющие на состояние наркоситуации в субъектах Северо-Западного федерального округа России / Р.Р. Абсатаров // Региональные геосистемы. – 2021. – Т. 45. – № 3. – С. 354-365.

16. Авакян, Р.О. Наркомания: вчера, сегодня, завтра. Часть III. наркотизм: тенденции и меры преодоления / Р.О. Авакян // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Юридические науки. – 2016. – № 4(27). – С. 17-21.

17. Адащик, Д.В. Использование психоактивных стимуляторов во Второй мировой войне / Д. В. Адащик // Этих дней не смолкнет слава: сборник материалов VI Республиканской студенческой военно-научной конференции, посвященной Дню Победы в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг., Гродно, 03 мая 2021 года. – Гродно: Гродненский государственный медицинский университет, 2021. – С. 3-5.

18. Алексеенко, С.Н. Профилактика заболеваний [Текст]: учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальностям: 060101 – «Лечебное дело»; 060103 – «Педиатрия»; 060105 – «Медико-профилактическое дело» / С. Н. Алексеенко, Е. В. Дробот. – М.: Изд. дом Акад. естествознания, 2015. – 449 с.

19. Алтунина В.В., Анучина Д.А. Классификация регионов Российской Федерации в контексте пространственной поляризации // Экономика, предпринимательство и право. – 2022. – Т. 12. – № 5. – С. 1453-1474.

20. Антинаркотическая политика: шведские ответы на российские вопросы: сборник статей / сост. Отв. Ред. Г.В. Зазулин, А.Н. Сунами. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2008. – 386 с.

21. Артемеко, Н.А. Наркомания в 1920–е годы: медицинские, правовые и социокультурные аспекты проблемы / Н.А. Артеменко, Т.Л. Петрище // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2015. – Т. 14. – № 6. – С. 93-103.

22. Бабаян, Э.А. Правовые аспекты оборота наркотических, психотропных, сильнодействующих, ядовитых веществ и прекурсоров / Э. А. Бабаян, А. В. Гаевский, Е. В. Бардин. – М.: МЦФЭР, 2003. – 320 с.

23. Бабаян, Э.А. Учебное пособие по наркологии / Э.А. Бабаян, М.Х. Гонопольский. – М.: Медицина, 1981. – 304 с.

24. Бадов, А.Д. География преступности в России в постсоветский период: монография / А.Д. Бадов. – Владикавказ: Изд. СОГУ, 2009. – 333 с.

25. Бакланов, П. Я. Экономико-географическое положение как важнейшее географическое свойство структурированной территории // Географическое положение и территориальные структуры: памяти И. М. Маергойза. – М.: Новый хронограф, 2012. – С. 391-402.

26. Баранский, Н. Н. Научные принципы географии: Избранные труды. – М.: Мысль, 1980. – 239 с.

27. Богданов, С.И. Ключевые характеристики активных потребителей наркотических средств в отношении потребления основного наркотического средства / С.И. Богданов, Е.А. Чадова, Л.В. Винс и др. // Наркология. – 2012. – №5. – С. 46-52.

28. Ведищев, Н. П. Судебно–химическая экспертиза – краеугольный камень научной основы всех уголовных дел по наркотикам / Н. П. Ведищев, Д. Ю. Гладышев // Адвокат. – 2015. – № 8. – С. 58-67.

29. ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень № 44 // Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИЭ. – Москва. – 2019. – 58 с.

30. Влияние наркомании на социально-экономическое развитие общества / Российская акад. наук, Уральское отделение, Ин-т экономики [и др.]; под ред. В. И. Стародубова, А. И. Татаркина. – М.: Ин-т экономики УрО РАН, 2006. – 380 с.

31. Вяземская, А. А. Дефиниции и терминология, используемые для описания преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотических

средств и психотропных веществ / А. А. Вяземская // Вестник Санкт-Петербургского университета. Право. – 2015. – № 2. – С. 100-106.

32. Габиани, А.А. Кто такие наркоманы? / А.А. Габиани // Социологические исследования. – 1992. – № 2. – С. 78-83.

33. Габиани, А.А. Наркотизм. Конкретно-социологическое исследование по материалам Грузинской ССР / А.А. Габиани. – Тбилиси: Сабчота Сакартвело, 1977. – 307 с.

34. Гаврикова, А.В. Современные тенденции наркомании в России / А.В. Гаврикова // Научный альманах. – 2016. – № 5–3 (19). – С. 518-521.

35. Гаврикова, А.В. Территориально-структурные особенности развития наркоситуации в регионе (на примере Республики Башкортостан): монография / А. В. Гаврикова, Р. Г. Сафиуллин. – Уфа: ИСЭИ УНЦ РАН, 2013. – 168 с.

36. Гишинский, Я.И. Девиантность и социальный контроль в России (XIX–XX вв.): тенденции и социологическое осмысление / Я.И. Гишинский. — СПб.: Алетейя, 2000. – 384 с.

37. Голант, Р.Я. Проблемы морфинизма (Клинические и диспансерные наблюдения, экспериментальные исследования) // Р.Я. Голант // Тр. гос. ин-та мед. знаний (ГИМЗ). – 1929. – №5. – С. 17-32.

38. Горшков, М.К. Молодежь России: социологический портрет / М.К. Горшков, Ф.Э. Шереги – М.: ЦСПиМ, 2010. – 592 с.

39. Готчина, Л.В. О некоторых перспективах уголовной антинаркотической политики / Л. В. Готчина // Уголовная политика и правоприменительная практика: Сборник материалов V Международной научно-практической конференции, Санкт–Петербург, 03 ноября 2017 года / Отв. ред. Е. Н. Рахманова. – 2018. – С. 100-104.

40. Гринченко, Н.А. Опыт Швеции в преодолении зависимостей: остановить у края / Н.А. Гринченко // Пока не поздно. – 2008. – № 1 . – С. 4-5.

41. Гурбан, И.А. Оценка социально-экономических последствий

наркомании в Уральском федеральном округе / И. А. Гурбан, А. Н. Клевакин // Экономика региона. – 2013. – № 2(34). – С. 34-42.

42. Данилов, А.П. Искусство как орудие преступления / А. П. Данилов // Криминология: вчера, сегодня, завтра. – 2017. – № 3(46). – С. 59-67.

43. Дейвенпорт-Хайнс, Р.В. поисках забвения. Всемирная история наркотиков. / Р. Дейвенпорт-Хайнс. – СПб: АСТ, 2004. – 622 с.

44. Дерюшева, М.А. Употребление психоактивных веществ и алкоголя студентами образовательных учреждений среднего профессионального образования (клинико-эпидемиологический и профилактический аспекты): дис. ...канд.мед.наук: 14.00.45 / Дерюшева Марина Александровна. – Кемерово, 2005. – 194 с.

45. Деятельность наркологической службы в Российской Федерации в 2017-2018 годах: Аналитический обзор / В.В. Киржанова, Н.И. Григорова, Е.Н. Бобков, В.Н. Киржанов В.Н., О.В. Сидорюк. – М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2020. – 188 с.

46. Деятельность наркологической службы в Российской Федерации в 2018-2019 годах: Аналитический обзор / В.В. Киржанова, Н.И. Григорова, Е.Н. Бобков, В.Н. Киржанов В.Н., О.В. Сидорюк. – М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2020. – 194 с.

47. Деятельность наркологической службы в Российской Федерации в 2019-2020 годах: Аналитический обзор / В.В. Киржанова, Н.И. Григорова, Е.Н. Бобков, В.Н. Киржанов В.Н., О.В. Сидорюк. – М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2021. – 192 с.

48. Дидковская, С.П. Наркомания (Уголовно–правовые и медицинские проблемы) / С. П. Дидковская, Е. В. Фесенко, С. П. Гарницкий. – Киев: Выща шк: Изд-во при Киев. гос. ун-те, 1989. – 69 с.

49. Дикарев, В.Г. Особенности противодействия распространению новых психоактивных веществ через почтовые, логистические и транспортные компании

/ В. Г. Дикарев // Современное уголовно–процессуальное право России: уроки истории и проблемы дальнейшего реформирования: Сборник материалов Международной конференции к 60-летию доктора юридических наук, профессора, заслуженного деятеля науки РФ В.В. Николюка, Орел, 20-21 октября 2016 года. – Орел: Федеральное государственное казенное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Орловский юридический институт Министерства внутренних дел России имени В.В. Лукьянова», 2016. – С. 153-156.

50. Дмитриевский, Б.В. Медико-социальные аспекты распространенности среди подростков злоупотребления психоактивными веществами (факторы риска, организация профилактики, лечения и реабилитации): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Дмитриевский, Борис Владиславович. – Рязань, 2007. – 24 с.

51. Добротворская, С.Г., Зефирова, Т.Л. Физиологические, психологические и социальные механизмы формирования и профилактики наркомании у молодежи: монография / С.Г. Добротворская, Т.Л. Зефирова. – Казань: Изд-во «Печать XXI век», 2014. – 152 с.

52. Доклад о наркоситуации в Архангельской области по итогам 2019 года – Архангельск. – 2020. – 49 с.

53. Доклад о наркоситуации в Астраханской области по итогам 2019 года – Астрахань. – 2020. – с. 69.

54. Доклад о наркоситуации в Забайкальском крае в 2019 году – Чита. – 2020. – 126 с.

55. Доклад о наркоситуации в Калининградской области в 2019 году – Калининград. – 2020. – 79 с.

56. Доклад о наркоситуации в Калининградской области в 2021 году – Калининград. – 2022. – 64 с.

57. Доклад о наркоситуации в Новгородской области в 2021 году – Великий Новгород. – 2022. – 134 с.

58. Доклад о наркоситуации в Псковской области по итогам 2019 года – Псков. – 2020. – 210 с.

59. Доклад о наркоситуации в Республике Карелия в 2020 году – Петрозаводск. – 2021. – 73 с.

60. Доклад о наркоситуации в Республике Коми в 2019 году – Сыктывкар. – 2020. – 63 с.

61. Доклад о наркоситуации в Самарской области (по результатам мониторинга наркоситуации в 2020 году) – Самара. – 2021. – 239 с.

62. Доклад о наркоситуации в Санкт–Петербурге в 2015 году – Санкт-Петербург.-2016. – 75 с.

63. Дружинин, А.Г. Пространство региональной метрополии: возможности и барьеры постиндустриального развития / А. Г. Дружинин // Южно-Российский форум: экономика, социология, политология, социально-экономическая география – 2012. – № 2(5). – С. 3-14.

64. Зандер, Н.В. К вопросу о чрезвычайном развитии наркомании (особенно кокаинизма) среди взрослого и преимущественно детского населения и о мерах борьбы с этим социальным бедствием / Н. В. Зандер.– М.: [б.и.], 1924. – 12 с.

65. Захаров, Ю.Н. Организация мониторинга наркоситуации в целях повышения качества профилактической деятельности / Ю. Н. Захаров, С. А. Митягин, А. С. Нерушев // Антинаркотическая безопасность. – 2014. – № 2(3). – С. 49-56.

66. Золотов, Я.А. Наркотики: историческая ретроспектива / Я. А. Золотов // Экономика образования. – 2013. – № 1. – С. 174-177.

67. Зубаревич, Н.В. Социальное развитие регионов России: проблемы и тенденции переходного периода / Н. В. Зубаревич. – М.: Едиториал УРСС, 2005. – 264 с.

68. Иванов, А.В. Способствует Ли декриминализация «легких» наркотиков борьбе с наркоманией? / А. В. Иванов // Актуальные проблемы гуманитарных и

естественных наук. – 2013. – № 12–2. – С. 113-116.

69. Исаев, И.Ю. Врата бездны: Мист. механизмы наркомании и алкоголизма / Игорь Исаев. – М.: Изд-во ЭТП, 2003. – 365 с.

70. Исаева, Н.В. Заболеваемость гепатитами В и С как индикатор распространенности социальных патологий в обществе / Н.В. Исаева // Социология медицины. – 2005 – №2 – С. 53-67.

71. Исаева, Н.В. Механизм развития эпидемического процесса гепатитов В и С и оптимизация эпидемиологического надзора в новых социальных условиях: автореф. дис. ...д-ра мед. наук: 14.00.30 / Исаева, Наталья Викторовна. – Пермь, 2006. – 45 с.

72. Искалиев, Р.Г. Современные каналы контрабанды наркотических средств в Российскую Федерацию / Р. Г. Искалиев, А. А. Стукалов // Выявление и раскрытие преступлений коррупционной и экономической направленности: передовой опыт, проблемы и пути их решения: Материалы Всероссийской научно–практической конференции, Санкт-Петербург, 28 мая 2021 года / Сост.: М.Л. Родичев. – Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский университет Министерства внутренних дел Российской Федерации, 2021. – С. 156-159.

73. Казаков, М.В. Надкушенное яблоко: [Причины наркомании среди молодежи и борьба с ней в СССР и соц. странах] / М. В. Казаков. – М.: Мол. гвардия, 1989. – 222 с.

74. Казаковцев Б.А. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 – F99). (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации) / Б.А. Казаковцев, В.Б. Голланд.– М.: Прометей, 1998. – 512 с.

75. Карпец, А.В. Мониторинг и оценка наркоситуации / А.В. Карпец, И.Е. Махров, Э.М. Виноградова. – М.: ЗАО Юстицинформ, 2010. – 224 с.

76. Карягина, А.В. Уголовное право. Особенная часть: учебное пособие / А.В. Карягина. – Таганрог: Изд-во ЧОУ ВО ТИУиЭ, 2018. – 126 с.

77. Кийко, А.Ю. Наркоситуация в Российской Федерации: тенденции,

угрозы, прогнозы / А. Ю. Кийко, С. В. Маликов // Наркоконтроль. – 2017. – № 4. – С. 27-30.

78. Кильсенбаев, Э.Р. Опыт противодействия наркомании в зарубежных странах // Журнал научных и прикладных исследований. – 2016. – № 7. – С. 70-72.

79. Колосов, В.А., Мироненко, Н.С. Геополитика и политическая география. – М.: Аспект-Пресс, 2001. – 479 с.

80. Кулагин, А.В. Территориальная дифференциация преступности в субъекте Российской Федерации на примере Самарской области: автореф. дис. ... кандидата географических наук: 25.00.24 / Кулагин Александр Викторович. – Воронеж, 2009. – 20 с.

81. Кутанин, М.П. Вопросы теории и практики морфинизма / Сб. трудов психиатр. клиники МГУ. – М., 1929 – 52 с.

82. Левин, Б.М. Наркомания и наркоманы: Кн. для учителя / Б. М. Левин, М. Б. Левин. – М.: Просвещение, 1991. – 159 с.

83. Лелевич, В.В. Наркологическая ситуация в Республике Беларусь (1995-2015 годы): монография / В.В. Лелевич, А.Г. Веницкая, С.В. Лелевич. – Гродно: Гродненский государственный медицинский университет, 2018. – 230 с.

84. Майоров, А.А. Наркотики: преступность и преступления. Теория и практика уголовного права и уголовного процесса / А.А. Майорова, В.Б. Малинин. – СПб.: Юрид. центр Пресс, 2002. – 230 с.

85. Макарова, С.В. Противодействие контрабанде наркотиков / С. В. Макарова, Е. Ю. Пронина // Вестник Всероссийского института повышения квалификации сотрудников МВД России. – 2014. – № 4(32). – С. 83-86.

86. Малиенко, А.А. Особенности современной наркоситуации в Российской Федерации / А. А. Малиенко // Научный портал МВД России. – 2019. – № 4(48). – С. 80-84.

87. Методика изучения уровня, частоты, структуры и динамики заболеваемости и инвалидности. Медико-реабилитационные мероприятия и их

составляющие: учеб.-метод. пособие / В.С. Глушанко, А.П. Тимофеева, А.А. Герберг. Под ред. д-ра мед. наук, профессора В.С. Глушанко. – Витебск: Изд-во ВГМУ, 2016. – 177 с.

88. Мирошниченко, Л.Д. Наркотики и наркомания: энциклопедический словарь / Л.Д. Мирошниченко. – М.: Перо, 2014. – 401 с.

89. Михайлова, Ю.В. Международно-правовое регулирование оборота наркотических средств и психотропных веществ / Ю.В. Михайлова, А.Ю. Абрамов, Н. В. Косолапова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. – № 1(29). – С. 11.

90. Мониторинг состояния наркоситуации в Вологодской области в 2019 году – Вологда. – 2020. – 87 с.

91. Мониторинг состояния наркоситуации в Вологодской области в 2021 году – Вологда. – 2021. – 149 с.

92. Моравицкий, С.О. О наркотических и некоторых других отравляющих веществах, употребляемых населением Ферганской области / С.О. Моравицкий // Труды Казанского Император. унив. – Казань, 1885. – 27 с.

93. Морозов, А.И. Противодействие незаконному производству синтетических наркотиков в подпольных лабораториях // Профессионал. – 2019. – № 2(148). – С.24-29.

94. Нахимова, Я.Н. Социальные установки молодежи на употребление наркотиков и профилактика наркомании / Я.Н. Нахимова, Г.Ф. Ромашкина // Образование и наука. – 2017. – Т. 19. – № 6. – С. 138-160.

95. Нигамедзянов, Э.А., Каримова Г.Г. Сто вопросов – сто ответов, или Правда о наркотиках и наркомании / Э.А. Нигамедзянов, Г.Г. Каримова. – Уфа: Информреклама, 2005. – 48 с.

96. Ожегов, С.И. Толковый словарь русского языка: около 100 000 слов, терминов и фразеологических выражений / С.И. Ожегов; под общ. ред. Л. И. Скворцова. – 28-е изд. – М.: Мир и Образование: ОНИКС, 2012. – 1375 с.

97. Основные показатели деятельности наркологической службы в 2010 году: Статистический сборник / Е.А. Кошкина, В.В. Киржанова, О.В. Сидорюк. – М.: ФГУ «Национальный научный центр наркологии» Минздрава России. – 2011. – 30 с.

98. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2011-2012 годах: Статистический сборник / Е.А. Кошкина, В.В. Киржанова, О.В. Сидорюк и др. – М.: ФГБУ «Национальный научный центр наркологии» Минздрава России. – 2013. – 166 с.

99. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2013-2014 годах: Статистический сборник / В.В. Киржанова, Н.И. Григорова, О.В. Сидорюк. – М.: НИИ наркологии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. – 2016. – 141 с.

100. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2015-2016 годах: Статистический сборник / В.В. Киржанова, Н.И. Григорова, О.В. Сидорюк. – М.: НИИ наркологии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России. – 2017. – 183 с.

101. Павроз, К.А. Заболеваемость вирусными гепатитами смешанной этиологии среди лиц, страдающих наркологическими расстройствами / К.А. Павроз, Н.В. Исаева, И.В. Копысова // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2008 – №3. – С. 426.

102. Позднякова, М. Е. Изучение наркоситуации в России и за рубежом: сравнительный анализ / М.Е. Позднякова, В.В. Брюно // Россия реформирующаяся. – 2019. – № 17. – С. 202-249.

103. Потаскуев, В. Л. О бесконтактных способах распространения новых психоактивных веществ с использованием каналов почтовой связи / В.Л. Потаскуев, А.А. Румянцев // Вестник Сибирского юридического института ФСКН России. – 2015. – № 3(20). – С. 61-71.

104. Потаскуев, В. Л. Об использовании наборов химических реактивов для

изготовления психоактивных веществ / В.Л. Потаскуев, А.А. Румянцев // Антинаркотическая безопасность. – 2014. – № 1(2). – С. 102-107.

105. Пронина, Е.Ю. Исторические предпосылки распространения героиновой наркомании в мире / Е. Ю. Пронина // Вестник Всероссийского института повышения квалификации сотрудников МВД России. – 2010. – № 3(16). – С. 87-88.

106. Пухова, А.Г. Влияние социально зависимых заболеваний на демографическую ситуацию Нижегородской области / А. Г. Пухова, Т. К. Беляева, С. Г. Толкунова // Вестник Мининского университета. – 2015. – № 1(9). – С. 26.

107. Рамазанов, Р.С. Медико-социальное исследование наркотизма среди подростков в условиях крупного города : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Рамазанов Руслан Сиражудинович. – М., 2005. – 24 с.

108. Результаты мониторинга в сфере профилактики правонарушений на территории Ленинградской области в 2018 год – Санкт-Петербург. – 2019. – 91 с.

109. Розенцвайг А.К, Исавнин, А.Г. Статистика. Сводка и группировка данных статистического наблюдения: Учебно–методическое пособие / Розенцвайг А.К, Исавнин А.Г. – Набережные Челны: Изд-во Набережночелнинского института КФУ, 2019. – 29 с.

110. Рохлина, М.А., Мохначев, С.О. Психические и поведенческие расстройства, связанные с сочетанным употреблением наркотиков и других психоактивных веществ. // Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР, 2008. – С. 320-325.

111. Садыкова, Р.Г. Комплексное медико-социальное исследование и обоснование путей профилактики наркотизации населения в субъекте Российской Федерации (по материалам Республики Татарстан) : дис. ... докт. мед. наук: 14.00.33 / Садыкова Разия Габдулахатовна. – Казань, 2005. – 336 с.

112. Саушкин, Ю. Г. Экономическая география: история, теория, методы,

практика / Ю.Г. Саушкин. – М.: Мысль, 1973. – 559 с.

113. Саушкин, Ю. Г. История и методология географической науки / Ю.Г. Саушкин. – М.: Изд-во МГУ, 1976. – 423 с.

114. Сафиуллин, Р.Г. Комплексная оценка территориального развития наркоситуации в Республике Башкортостан / Р.Г. Сафиуллин, А.В. Гаврикова // Вестник Башкирского университета. – 2012. – Т. 17. – № 1. – С. 101-109.

115. Сафонов, О.А. История потребления, распространенность и контроль за незаконным оборотом опиатов по регионам мира / О.А. Сафонов, Т.Б. Дмитриева, Т.В. Клименко и др. // Наркология. – 2011. – №4 – С. 36-43.

116. Семенова, А.Н. Анализ регионального здоровья населения Краснодарского края: географический аспект: дис. ...канд. геогр. наук: 25.00.24 / Семенова Ангелина Новиковна. – Краснодар, 2010. – 160 с.

117. Семенова, З.А. Медико-географический анализ состояния и охраны здоровья населения в условиях российского Севера / З.А. Семенова, А.И. Чистобаев // Социально-экономическая география. Вестник Ассоциации российских географов-обществоведов. – 2016. – № 5. – С. 110-119.

118. Сидоренко, А.В. Характеристика современной структуры незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ в России / Сидоренко, А.В., Масленников, Н.И. // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. – 2018. – № 2(78) – С.154-158.

119. Сикач, К.Ю. Географические факторы динамики преступности на Украине в 1990–2012 гг: автореф. дис. ... канд. геогр.наук: 25.00.24 / Сикач Ксения Юрьевна. – М., 2017. – 22 с.

120. Силласте, Г.Г. Новая наркоситуация в России: Результаты исследования / Г.Г. Силласте // Социологические исследования. – 1994. – № 6. – С. 138-145.

121. Словарь терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам: [Пер. с англ. В.Е. Пелипас]. – М.: Медицина, 1996. –

79 с.

122. Соловьев, Я. А. Амфетамин: исторические аспекты токсикологии / Я.А. Соловьев, А.Д. Доника // Успехи современного естествознания. – 2011. – № 8. – С. 135-136.

123. Сорок лет франко-российских сравнительных исследований по географии городов: переосмысление опыта / Галя Бюржель, Г. Бюржель, А. Грондео [и др.] // Известия Российской академии наук. Серия географическая. – 2020. – № 3. – С. 470-480

124. Социально значимые заболевания населения России в 2018 году: Статистические материалы / Ред. колл.: Г.А. Александрова, Н.А. Голубев и др. – М.: ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. – 2019. – 73 с.

125. Социально-экономическая география / Г. И. Гладкевич, М. С. Савоскул, В. Л. Бабурин [и др.]. – Москва: Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова (Издательский Дом (Типография), 2015. – 234 с.

126. Столяренко, П.Ю. Альберт Ниманн (1834–1861). К 160-летию выделения кокаина из листьев коки / П. Ю. Столяренко // Предиктивный характер научных исследований и практика их реализации в условиях глобального кризиса в экономике и обществе: сборник научных статей по итогам международной научно–практической конференции, Санкт-Петербург, 21-22 августа 2020 года. – Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский государственный экономический университет, 2020. – С. 35-40.

127. Табаков А.В. Современное состояние и основные тенденции развития транснациональной организованной наркопреступности: монография / А.В. Табаков. – СПб.: СПбГАСУ, 2018. – 259 с.

128. Трефилова, Л.Л. Формирование зависимости от психоактивных веществ у подростков Томской обл. (распространенность, факторы риска, профилактика) : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.45 / Трефилова Людмила

Лаврентьевна. – Томск, 2007. – 22 с.

129. Токсическая депрессия кроветворения у наркомана / А.В. Костерина, А.М. Саврилова, А.Р. Ахмадеев, С.Н. Терехова // Практическая медицина. – 2014. – № 4–1(80). – С. 54-55.

130. Токсикологическая характеристика дизайнерских наркотиков из группы синтетических опиоидов / А.И. Головкин, М.Б. Иванов, В.Л. Рейнюк [и др.] // Токсикологический вестник. – 2019. – № 1(154). – С. 3-11.

131. Ульянкина, Т.И. Как «универсальное лекарство» привело к возникновению наркомании / Ульянкина Т.И. // Независимая газета – Наука – 2016.–№ 218. – С. 14

132. Уразалиев, М. Историческое развитие взглядов на алкоголизм и наркоманию как одни из факторов преступности / М. Уразалиев // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2015. – № 10. – С. 179-182.

133. Ушаков, Д.Н. Большой толковый словарь русского языка: современная редакция / Д.Н. Ушаков. – М.: Дом Славянской кн., 2008. – 959 с.

134. Федотов, А. А. Алкоголизм и наркомания: региональный анализ / А. А. Федотов // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. – 2020. – № 10-2(49). – С. 192-200.

135. Федотов, А. А. Распространение алкоголизма и наркомании в регионах России / А. А. Федотов // Народонаселение. – 2022. – Т. 25, № 3. – С. 144-152.

136. Федоров, А.В. Первые криминологические исследования распространения наркотиков и наркомании / А.В. Федоров // Наркоконтроль. – 2009. – № 1. – С. 12-13.

137. Федоров, А.В. Правовая составляющая определения новых потенциально опасных психоактивных веществ для целей уголовного законодательства и экспертной деятельности / А.В. Федоров // Вестник Университета имени О. Е. Кутафина. – 2016. – №8 (24). – С. 77-78.

138. Федоров, Г. М. Социально-экономическая типологизация приморских

регионов России / Г. М. Федоров, В. С. Корнеев // Балтийский регион. – 2015. – № 4(26). – С. 121-134.

139. Фролова, Н.А. Актуальные вопросы антинаркотической политики: отечественный и зарубежный опыт / Н.А. Фролова, Г.В. Зазулин. – М.: Орбита-М, 2003. – 272 с.

140. Чупина, Л.Б. Региональный анализ и диагностика социопатической ситуации (на примере Пермской области): дис... канд. геогр. наук: 25.00.24 / Чупина Лариса Борисовна. – Пермь, 2002. – 124 с.

141. Шалагин, А.Е. Наркокриминология как актуальное научное направление / А. Е. Шалагин // Вестник экономики, права и социологии. – 2013. – № 3. – С. 167–170.

142. Шоломович, А.С. Кокаин и его жертвы: Науч.-попул. очерк / Д-р мед. А. С. Шоломович, прив.-доц. 1-го М.Г.У. – М.: Жизнь и знание, 1926. – 32 с.

143. Шурова, Э.Э. Метадон и метадоновая программа / Э. Э. Шурова, М. В. Белова, В. В. Смирнов // Разработка и регистрация лекарственных средств. – 2017. – № 3(20). – С. 198.

144. Шурыгин А.С. Правовые основы противодействия незаконному обороту наркотических средств и психотропных веществ (Российский и зарубежный опыт): автореферат дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.08 / Шурыгин Александр Сергеевич – М., 2015. – 56 с.

145. Юсупова, Е.Л. Факторы популярности рок-музыки как педагогическая проблема / Е.Л. Юсупова, Л.А. Юсупов // Ученые записки Российского государственного социального университета. – 2010. – № 6(82). – С. 164-168.

146. Bejerot, N. The Swedish Addiction Epidemic in Global Perspective / N. Bejerot // Marijuana and Medicine. – 1999. – №10. – P. 757-763.

147. Buelga, S., Ravenna, M., Musitu, G., Lila, M.S. Epidemiology and psychosocial risk factors associated with adolescents' drug consumption. Handbook of Adolescent Development. / S. Buelga, M. Ravenna, G. Musitu, M.S. Lila, – UK:

Psychology Press, 2006. – P. 337-369.

148. Carolyn, D.M. Epidemiologic differences in drug dependence a US–UK cross–national comparison / D.M. Carolyn, J. C. Anthony // *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. – 2003. – № 4 (38). – P. 165-172.

149. DeVerteuil, G. The Geographies of Intoxicants: From Production and Consumption to Regulation, Treatment and Prevention / G. DeVerteuil, R. Wilton Wilton // *Geography Compass*. – 2009. – № 3. – P. 478-494.

150. Effects of environmental cocaine concentrations on the skeletal muscle of the European eel (*Anguilla anguilla*) / A. Capaldo, V. Laforgia, F. Gay [et al.] // *The Science of the Total Environment*. – 2018. – Vol. 640-641. – P. 862-873.

151. Germes, M. Mapping «Drug Places» from Below. The Lived Cities of Marginalized Drug Users / M. Germes, L. Klaus, S. Steckhan // *Drugs and Alcohol Today*. – 2021. – Vol.2 – P. 201-212.

152. Giommoni L., Interdicting International Drug Trafficking: a Network Approach for Coordinated and Targeted Interventions / L. Giommoni, G. Berlusconi, A. Azian // *European Journal on Criminal Policy and Research*. – 2021. P. 1-28.

153. Karch, B. A Brief History of Cocaine, 2nd ed. / B. Karch. – Florida: CRC Press, 2006. – 224 p.

154. Martin B.R. The health effects of cannabis: key issues of policy relevance / B. R. Martin, W. Hall // *Bulletin on Narcotics*. – 1997. – №1. – P. 85-116.

155. Mathei, C. Prevalence of hepatitis c in drug users in flanders: determinants and geographic differences / C. Mathei et. al. // *Epidemiology and infection*. – 2005. – № 1 (133). – P. 127-136.

156. Kwan, M. Preston Uncertainties in the geographic context of health behaviors: a study of substance users' exposure to psychosocial stress using GPS data / M. Kwan et. al // *International Journal of Geographical Information Science*. – 2019. – № 33. – P. 1176-1195.

157. Moran, D. Drug use and HIV/AIDS: Risk environments in post-soviet Russia / D. Moran // *Geography and Drug Addiction*. – 2008. – P. 287-303.

158. O`Donovan, D. An outbreak of hepatitis A amongst injecting drug users / D. O`Donovan et. al. // *Epidemiology and Infection*. – 2001. – № 3 (127). – P. 469-473.

159. Smyth, B.P. Irish injecting drug users and hepatitis C: the importance of the social context of injecting / B. P. Smyth, J. Barry, E. Keenan // *International Journal of Epidemiology*. – 2005. – № 1 (34). – P. 166-172.

160. Thomas Y. *Geography and drug addiction* / Y. Thomas, D. Richardson, I. Cheung. – Amsterdam: Springer Netherlands, 2008. – 538 p.

161. Warner, L.A. Hispanic drug abuse in an evolving cultural context: an agenda for research / L.A. Warner, L. et al. // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2006. – № 84. – P. 8-16.

III. Электронные источники

162. Австралийский фестиваль конопли Nimbin Mardi Grass <https://sfw.so/1149005562-avstraliyskiy-festival-konopli-nimbin-mardi-grass.html> [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://sfw.so/1149005562-avstraliyskiy-festival-konopli-nimbin-mardi-grass.html> (дата обращения: 13.12.2021).

163. Бэд-трип: как наркотики влияют на экологию и климат [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://ecosphere.press/2021/12/21/narkotiki-i-ekologiya-kak-proizvodstvo-narkotikov-i-narkotorgovlya-razrushayut-okruzhayushhuyu-sredu/?ysclid=170d80fcas977253692> (дата обращения: 10.10.2021).

164. В калининградском порту задержали полтонны кокаина [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://kaliningrad.rbc.ru/kaliningrad/freenews/55fc5a359a7947b27308962c?ysclid=170db014xx538344537> (дата обращения: 05.12.2021).

165. Всемирный доклад о наркотиках 2018 – Управление ООН по наркотикам и преступности [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/7.4_Opioids.xlsx (дата обращения: 21.12.2021).

166. Всемирный доклад о наркотиках 2021 – Управление ООН по наркотикам и преступности [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_2.pdf (дата обращения: 14.05.2022).

167. Выписка из доклада о наркоситуации в Санкт-Петербурге в 2019 году (утвержденного пунктом 3.2. протокола от 26.03.2020 № 1 расширенного заседания антинаркотической комиссии в Санкт-Петербурге) [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://drugmap.ru/wp-content/uploads/2019/04/VYPISKA-iz-DOKLADA.pdf> (дата обращения: 13.12.2021).

168. Доклад о наркоситуации в Российской Федерации в 2015 год. – Государственный антинаркотический комитет [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rykovodstvo.ru/exspl/134569/index.html> (дата обращения: 10.12.2021).

169. Доклад о наркоситуации в Российской Федерации в 2016 год. – Государственный антинаркотический комитет [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://правовая-наркология.пф/index.php?option=com_content&view=article&id=826:-2016-&catid=74:-2016-Itemid=115&ysclid=l70g98m2gi564935250 (дата обращения: 10.12.2021).

170. Доклад о наркоситуации в Российской Федерации в 2019 год. – Государственный антинаркотический комитет [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://правовая-наркология.пф/images/documents/norm_akt_2020/doklad_o_narcosituacii_v_rf_2019.pdf (дата обращения: 10.12.2021).

171. Доклад о наркоситуации в Российской Федерации в 2020 год. – Государственный антинаркотический комитет [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://правовая-наркология.пф/images/documents/norm_akt_2021/2021_doclad_o_narcosituacii_v_rf_2020.pdf (дата обращения: 10.12.2021).

172. Доклад о рынках наркотиков в ЕС. Стратегический обзор 2016. – Европейский центр мониторинга наркотиков и наркозависимости [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2374/EU%20Drug%20Markets_Strategic%20Overview%20Russian_web.pdf (дата обращения: 08.10.2021).

173. Европейский доклад о наркотиках: тенденции и изменения. 2016 - Европейский центр мониторинга наркотиков и наркозависимости [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2637/European%20Drug%20Report_Russian_web.pdf (дата обращения: 07.11.2021).

174. Европейский доклад о наркотиках: тенденции и изменения. 2021 [Электронный ресурс] // URL:https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/12078/20192630_TD0319332ENN_PDF.pdf (дата обращения: 10.03.2022)

175. Женщины и мужчины России [Электронный ресурс] // Федеральная служба государственной статистики: официальный сайт. – Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13215> (дата обращения: 10.04.2022).

176. Исследовательский обзор covid-19 и цепочка незаконных поставок наркотиков: от производства и транспортировки до потребления - Управление ООН по наркотикам и преступности [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/covid/COVID-19_and_drug_supply_chain_ru.pdf (дата обращения: 10.12.2021).

177. Калачев, Б.Ф. Наркотики на Руси [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.panlog.com/files/17355> (дата обращения: 03.05.2021).

178. Кофешопы в Амстердаме: убойные достопримечательности [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.tourister.ru/world/europe/netherlands/city/amsterdam/publications/388?ysclid=170ddllzia336114215> (дата обращения: 10.12.2021).

179. Курс доллара в 2015 году [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.sravni.ru/valjuty/info/kurs-dollar-2015/?ysclid=170clte8d1752494836>

(дата обращения: 05.06.2021).

180. Лечение дезоморфиновой зависимости, можно ли бросить наркотик самостоятельно [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://kodspaseniya.ru/poleznaya-informaciya/zavisimost-ot-dezomorfina/lechenie-dezomorfinovoy-zavisimosti?ysclid=170df17o9o896410988> (дата обращения: 10.12.2021).

181. Маслова, А.В. Наркоситуация в мире и основные тенденции ее развития [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ctaj.elcat.kg/tolsty/a/a007.htm> (дата обращения: 07.06.2021).

182. Махров, И.Е. Комплексная оценка наркоситуации [Электронный ресурс] / И.Е. Махров // Вестник ЧелГУ. – 2008. – №28. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/komp-leks-naya-otsenka-narkosituatsii> (дата обращения: 04.03.2021).

183. Методика и порядок осуществления мониторинга, а также критерии оценки развития наркоситуации в Российской Федерации и ее субъектах (утв. протоколом ГАК от 25.06.2021 N 48) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://sudact.ru/law/metodika-i-poriadok-osushchestvleniia-monitoringa-a-takzhe_1/metodika-i-poriadok/?ysclid=170dhbjf5k121226484 (дата обращения: 10.12.2021).

184. На ВИЧ не напаслись лекарств [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.kommersant.ru/doc/4947913> (дата обращения: 04.04.2022).

185. Наркотики и возраст. Наркотики и связанные с ними проблемы среди молодежи и людей старшего возраста – Управление ООН по наркотикам и преступности [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.unodc.org/doc/wdr2018/V1804959_BOOKLET4_russX4.pdf (дата обращения: 10.12.2021).

186. Незаконное потребление наркотиков и законодательство стран-членов ЕС [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://nasrf.ru/news/mezhdunarodnaya-praktika/nezakonnoe-potreblenie-narkotikov-i-zakonodatelstvo-stran-chlenov-es> (дата обращения: 15.03.2022).

187. О демографической ситуации в Российской Федерации. 2020 г. – Федеральный проект «Трезвая Россия» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://alkogolunet.ru/demografija-2020.pdf?ysclid=170ocz2x1p636938209> (дата обращения: 04.12.2021).

188. О мониторинге наркоситуации в Российской Федерации 2020 г. – ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://nncn.serbsky.ru/wp-content/uploads/2020/09/doc_2.pdf?ysclid=170ool8z13353832827 (дата обращения: 08.09.2021).

189. Основные факты из отчета о рынке наркотиков ЕС. Для политики и практики 2019 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://правовая-наркология.рф/images/documents/megd_doc/2019_osnovnyie_factu_iz_otcheta.pdf (дата обращения: 04.10.2021).

190. Острые отравления опиоидными наркотическими веществами. Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: Т40. Год утверждения (частота пересмотра): 2020 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.toxicology.ru/docs/rek/02_26112020.pdf?ysclid=170dk7gh2a264466169 (дата обращения: 10.12.2021).

191. Петросян С.Р. Культура безумия. Проблема популярности психоактивных веществ. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://knigogid.ru/books/86646-malye-mysli/toread?ysclid=170dn1jg6k518077298> (дата обращения: 05.10.2021).

192. Приговор № 1 – 37/2014 от 7 мая 2014 г. по делу № 1 – 37/2014 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://sudact.ru/regular/doc/FZc8eD1oFAxJ> (дата обращения: 06.08.2021).

193. Приговор № 1 – 142/2015 от 4 июня 2015 г. по делу № 1 – 142/2015 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://sudact.ru/regular/doc/UFSLwZq204LV> (дата обращения: 06.08.2021).

194. Приговор № 1–56/2017 1 – 969/2016 от 16 февраля 2017 г. по делу № 1–56/2017 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://sudact.ru/regular/doc/aYDYja1jjFQu> (дата обращения: 06.08.2021).

195. Приговор № 1 – 115/2020 от 20 июля 2020 г. по делу № 1 – 115/2020 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://sudact.ru/regular/doc/QfFDVBSXNhLP> (дата обращения: 06.08.2021).

196. Резюме, выводы и политические последствия. Всемирный доклад о наркотиках. 2018 – Управление ООН по наркотикам и преступности [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Russian.pdf (дата обращения: 11.07.2021).

197. Российский статистический ежегодник [Электронный ресурс] // Федеральная служба государственной статистики: официальный сайт. – Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/12994> (дата обращения: 06.03.2022).

198. Серков В.А. История коноплеводства в России [Электронный ресурс] / В.А. Серков В.А., А.А. Смирнов, М.Р. Александрова // Масличные культуры. – 2018. – №3 (175). – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/istoriya-konoplevodstva-v-rossii?ysclid=170dsnyrqg800143424> (дата обращения: 06.08.2021).

199. Снитко Э. Наркомания. Брошюра для родителей [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://newzori.edu22.info/wp-content/uploads/2021/11/e-snitko.-narkomaniya.-broshyura-dlya-roditelej.pdf> (дата обращения: 26.09.2021).

199. СПИД в Калининграде: от 16 до 77 лет [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rugrad.eu/smi/1092734> (дата обращения: 10.11.2021) .

200. Способы употребления наркотиков [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.israclinic.com/nashi-publikatsii/zavisimosti/sposoby-upotrebleniya-narkotikov> (дата обращения: 23.09.2021).

201. Тепляшин, П.В. Состояние наркопреступности в Российской Федерации: основные криминологические показатели и тенденции [Электронный

ресурс] П.В. Тепляшин // Lex Russica. - 2017. - №10 (131). – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sostoyanie-narkoprestupnosti-v-rossiyskoy-federatsii-osnovnye-kriminologicheskie-pokazateli-i-tendentsii?ysclid=170ev34883975636671> (дата обращения: 03.09.2021).

202. Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности: официальный сайт. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.unodc.org> (дата обращения: 26.04.2022).

203. Федеральная служба государственной статистики: официальный сайт. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru> (дата обращения: 28.05.2022).

204. Федеральный научно–методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом: официальный сайт. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.hivrussia.ru> (дата обращения: 21.10.2021).

205. Федеральный центр мониторинга противодействия распространению туберкулеза в РФ : официальный сайт [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://last.mednet.ru> (дата обращения: 24.09.2021).

206. Хава, М.А.М. Оценка политики борьбы с наркотиками в Афганистане [Электронный ресурс] / М.А.М. Хава // Вестник РУДН. Серия: Политология. – 2013. – №2. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-politiki-borby-s-narkotikami-v-afganistane?ysclid=170f2sbij1472124856> (дата обращения: 02.09.2021).

207. Хотели как лучше. Итоги легализации наркотиков в Голландии, Швеции и на Аляске [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://newsland.com/community/504/content/khoteli-kak-luchshe-itogi-legalizatsii-narkotikov-v-gollandii-shvetsii-i-na-aliaske/751210?ysclid=170f3byr4j174148194> (дата обращения 24.04.2021)

208. Хуже спайсов. Как школьников «подсаживают» на наркотические конфеты [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://life.ru/p/1255890> (дата

обращения: 11.10.2021).

209. Colombia coca cultivation survey [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.unodc.org/pdf/andean/Andean_report_Part4.pdf (дата обращения: 03.07.2021).

210. ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – Европейский центр мониторинга наркотиков и наркозависимости [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/3074/ESPAD_report_2015.pdf (дата обращения: 24.08.2021)

211. European Cities Against Drugs: официальный сайт [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ecad.net> (дата обращения: 10.04.2022).

212. EU Drug Markets Report 2019 – Европейский центр мониторинга наркотиков и наркозависимости [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/12078/20192630_TD0319332_ENN_PDF.pdf (дата обращения: 26.03.2022).

213. European Drug Report 2020: Trends and Developments – Европейский центр мониторинга наркотиков и наркозависимости [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13236/TD_AT20001ENN_web.pdf (дата обращения: 26.03.2022).

214. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: официальный сайт [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.emcdda.europa.eu> (дата обращения: 25.05.2022).

215. Klaus, L. Emotional mapping: towards a geographical explanation of drug use [Электронный ресурс] / Klaus, L., Germes, M., –2019. – Режим доступа: https://www.researchgate.net/profile/Melina-Germes/publication/338659831_Emoional_mapping_towards_a_geographical_explanation_of_drug_use/links/6054e57c299bf17367550fbd/Emotional-mapping-towards-a-geographical-explanation-of-drug-use.pdf?origin=publication_detail (дата обращения: 12.10.2021).

216. Marijuana farmers blamed for water theft as drought grips American west [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.theguardian.com/environment/2021/jul/23/water-theft-marijuana-farmers-california-american-west> (дата обращения: 26.09.2021).

217. Methamphetamine. A European Union perspective in the global context [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_82097_EN_Methamphetamine_final.pdf (дата обращения: 11.03.2022).

218. New study on wastewater analysis shines light on city drug use [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/12845/News-release_1_2020_EN_wastewater_Final.pdf (дата обращения: 26.04.2022).

219. Pharmaceuticals in drinking–water [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44630/9789241502085_eng.pdf?sequence=1 (дата обращения: 22.03.2022).

220. Pompidou Group – Co–operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.coe.int/T/DG3/Pompidou/AboutUs/default_en.asp (дата обращения: 25.04.2022).

221. Statistical Bulletin 2021 — methods and definitions for prevalence of drug use statistics – Европейский центр мониторинга наркотиков и наркозависимости [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2021/methods/gps> (дата обращения: 25.04.2022).

222. Statistical Bulletin 2016 – prevalence of drug use – Европейский центр мониторинга наркотиков и наркозависимости [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2016_en (дата обращения: 25.04.2022).

223. Statistical Bulletin 2021 – prevalence of drug use – Европейский центр

мониторинга наркотиков и наркозависимости [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2021/gps_en (дата обращения: 25.04.2022).

224. Statistical Bulletin 2022 – prevalence of drug use – Европейский центр мониторинга наркотиков и наркозависимости [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2022_en (дата обращения: 25.04.2022).

225. The 2018 Cannabis Energy Report [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://resourceinnovation.org/wp-content/uploads/2021/04/RII-NFD-TheCannabisEnergyReport2018.pdf> (дата обращения: 20.09.2021)

226. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs: официальный сайт [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.espad.org> (дата обращения: 26.02.2022).

227. Thieves are stealing California's scarce water. Where's it going? Illegal marijuana farms [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.mercurynews.com/2021/07/20/thieves-are-stealing-californias-scarce-water-wheres-it-going-illegal-marijuana-farms/> (дата обращения: 24.05.2022).

ПРИЛОЖЕНИЯ

Расчет показателей наркоситуации в регионе

Группа показателей	Показатель	Формула
1	2	3
R ¹ – территориальные показатели наркотизма населения	K^l_1 – коэффициент общей заболеваемости	$K^l_1 = \left(\frac{X}{H}\right) * Ip, \quad (1)$ <p>где K^l_1 – коэффициент общей заболеваемости; X – количество наркозависимых, а также лиц, с пагубным употреблением наркотиков, зарегистрированных в учреждениях здравоохранения; H – численность населения территории; Ip – для округов и субъектов РФ – 100 тыс. населения</p>
	K^l_2 – коэффициент общей заболеваемости подростков в возрасте от 15 до 17 лет	$K^l_2 = \left(\frac{Xa}{Ha}\right) * Ip, \quad (2)$ <p>где K^l_2 – коэффициент общей заболеваемости подростков в возрасте от 15 до 17 лет; Xa – количество наркозависимых, а также лиц, с пагубным употреблением наркотиков, зарегистрированных в учреждениях здравоохранения в возрасте от 15 до 17 лет; Ha – численность населения территории в возрасте от 15 до 17 лет; Ip – для округов и субъектов РФ – 100 тыс. населения</p>
	K^l_o – коэффициент опиоидной наркомании	$K^l_o = \left(\frac{Xo}{H}\right) * Ip, \quad (3)$ <p>где K^l_o – коэффициент опиоидной наркомании; Xo – количество опиоидных наркозависимых, зарегистрированных в учреждениях здравоохранения; H – численность населения территории; Ip – для округов и субъектов РФ – 100 тыс. населения</p>
	K^l_k – коэффициент каннабиноидной наркомании	$K^l_k = \left(\frac{Xk}{H}\right) * Ip, \quad (4)$ <p>где K^l_k – коэффициент каннабиноидной наркомании; Xk – количество каннабиноидных наркозависимых, зарегистрированных в учреждениях здравоохранения; H – численность населения территории; Ip – для округов и субъектов РФ – 100 тыс. населения</p>

1	2	3
R ¹ – территориальные показатели наркотизма населения	<p>K^1_p – коэффициент наркомании, связанной с употреблением психостимуляторов</p>	$K^1_p = \left(\frac{X_p}{H}\right) * I_p, \quad (5)$ <p>где K^1_p – коэффициент наркомании, связанной с употреблением психостимуляторов; X_p – количество наркозависимых от психостимуляторов, зарегистрированных в учреждениях здравоохранения; H – численность населения территории; I_p – для округов и субъектов РФ – 100 тыс. населения</p>
	<p>K^1_{pn} – коэффициент наркомании от других видов наркотиков, включая полинаркоманию</p>	$K^1_{pn} = \left(\frac{X_{pn}}{H}\right) * I_p, \quad (6)$ <p>где K^1_{pn} – коэффициент наркомании от других видов наркотиков, включая полинаркоманию; X_{pn} – количество наркозависимых от других видов наркотиков, включая полинаркоманию, зарегистрированных в учреждениях здравоохранения; H – численность населения территории; I_p – для округов и субъектов РФ – 100 тыс. населения</p>
	<p>K^2_1 – коэффициент первичной заболеваемости наркоманией</p>	$K^2_1 = \left(\frac{X_{po}}{H}\right) * I_p, \quad (7)$ <p>где K^2_1 – коэффициент первичной заболеваемости; X_{po} – число лиц, с первично установленным диагнозом «наркомания», зарегистрированных в учреждениях здравоохранения; H – численность населения территории; I_p – для округов и субъектов РФ – 100 тыс. населения</p>
R ² – медицинские показатели	<p>K^2_2 – коэффициент первичной обращаемости</p>	$K^2_2 = \left(\frac{X_b}{H}\right) * I_p, \quad (8)$ <p>где K^2_2 – коэффициент первичной обращаемости; X_b – число лиц, с первично установленным диагнозом «употребление наркотиков с вредными последствиями», зарегистрированных в учреждениях здравоохранения; H – численность населения территории; I_p – для округов и субъектов РФ – 100 тыс. населения</p>

1	2	3
R ² – медицинские показатели	<p>K^2_3 – коэффициент смертности, связанной с острыми отравлениями наркотиками</p>	$K^2_3 = \left(\frac{Xd}{H}\right) * Ip, \quad (9)$ <p>где K^2_3 – коэффициент смертности, связанной с острыми отравлениями наркотиками; Xd – количество случаев смертельных отравлений наркотическими средствами и психотропными веществами по данным судебно-медицинской экспертизы; H – численность населения территории; Ip – для округов и субъектов РФ - 100 тыс. населения</p>
	<p>K^2_4 – коэффициент удельного веса инъекционных наркозависимых</p>	$K^2_4 = \left(\frac{Xi}{H}\right) * Ip, \quad (10)$ <p>где K^2_4 – коэффициент удельного веса инъекционных наркозависимых Xi – количество потребителей инъекционных наркотиков, зарегистрированных в учреждениях здравоохранения; H – количество наркозависимых, зарегистрированных в учреждениях здравоохранения ; Ip – для округов и субъектов РФ - 100 тыс. населения</p>
R ³ – территориальные показатели наркопреступности	<p>K^3_1 – удельный вес наркопреступлений в общем количестве зарегистрированных преступных деяний</p>	$K^3_1 = \left(\frac{K}{Ko}\right) * 100, \quad (11)$ <p>где K^3_1 – коэффициент количества зарегистрированных преступлений в сфере НОН; K – общее количество зарегистрированных преступлений в сфере НОН; Ko – общее количество зарегистрированных преступлений.</p>
	<p>K^3_2 – криминогенность наркомании (влияние наркотизации на криминогенную обстановку)</p>	$K^3_2 = (Xo + Xa) * \frac{100}{X}, \quad (12)$ <p>K^3_2 – коэффициент криминогенности наркомании; Xo – количество наркопреступлений, совершенных лицами в состоянии наркотического опьянения; Xa – количество наркопреступлений, совершенных потребителями наркотических средств и психотропных веществ; X – общее количество зарегистрированных наркопреступлений.</p>

1	2	3
<p>R^3 – территориальные показатели наркопреступности</p>	<p>K^3_3 – вовлеченность наркопотребителей в незаконный оборот наркотиков</p>	$K^3_3 = (Xp + Xa) * \frac{100}{X}, \quad (13)$ <p>где K^3_3 – коэффициент вовлеченности наркопотребителей в НОН; Xp – число лиц, совершивших общеуголовные преступления и состоящих на учете в наркологических диспансерах в связи с наркоманией или потреблением наркотиков с вредными последствиями; Xa – число лиц, совершивших административные правонарушения и состоящих на учете в наркологических диспансерах в связи с наркоманией или потреблением наркотиков с вредными последствиями; X – число лиц, зарегистрированных в учреждениях Минздрава России с диагнозами «синдром зависимости от наркотических веществ (наркомания)» и «пагубное (с вредными последствиями) потребление наркотиков»</p>
<p>R^4 – территориальная нагрузка пенитенциарной системы</p>	<p>K^4_1 – удельный вес лиц, осужденных за совершение наркопреступлений, в общем числе осужденных лиц</p>	$K^4_1 = \left(\frac{Xno}{Xo} \right) * 100, \quad (14)$ <p>где K^4_1 – коэффициент удельного веса лиц, осужденных за совершение наркопреступлений, в общем числе осужденных лиц; Xno – число лиц, осужденных за совершение преступлений в сфере незаконного оборота наркотиков; Xo – общее число осужденных лиц</p>
	<p>K^4_2 – удельный вес молодежи в общем числе лиц, осужденных за совершение наркопреступлений</p>	$K^4_2 = \left(\frac{Xm}{Xno} \right) * 100, \quad (15)$ <p>где K^4_2 – коэффициент удельного веса молодежи в общем числе лиц, осужденных за совершение наркопреступлений; Xm – число лиц в возрасте 16-29 лет, осужденных за совершение наркопреступлений (по основной и дополнительной квалификации); Xno – число лиц, осужденных за совершение преступлений в сфере незаконного оборота наркотиков</p>

* Данные указываются на конец отчетного периода.

Источник: составлено автором на основе [87, 183].

Оценочные показатели опыта употребления наркотиков хотя бы раз в жизни среди жителей стран ЕС, Норвегии, Турции, Великобритании в возрастной группе от 15 до 64 лет по данным EMCDDA 2021, 2016 гг. (в процентном отношении ко всему населению данной возрастной группы)

Показатель Страна	По данным 2016 года			По данным 2021 года		
	Мужчины (%)	Женщины (%)	Все население (%)	Мужчины (%)	Женщины (%)	Все население (%)
Австрия	18,4	11,4	14,8	35,5	32,1	33,8
Бельгия	19,9	11,6	15,8	42,3	30,1	36,3
Болгария	11,6	4,9	8,3	34,1	16	25,5
Великобритания	41	28,6	34,7	44	30	37,1
Венгрия	12	6,6	9,3	19,9	8	14
Германия	28,3	19,3	23,9	45	37,1	41,2
Греция	14	4,1	9,1	12,8	9	11
Дания	43,2	30,1	36	55,1	39,4	45,9
Ирландия	35,5	19	27,2	-	-	37,2
Испания	39,1	23,3	31,3	53,8	38,2	46,1
Италия	39,4	26,2	32,7	44,9	38,1	41,5
Кипр	15,6	5,6	10,5	32,3	12,9	22,5
Латвия	21,1	8	14,3	34,3	11,3	23,1
Литва	17,5	5	11,1	27,2	11,1	19,3
Люксембург	-	-	-	38,3	29,8	33
Мальта	2,1	0,6	1,4	-	-	-
Нидерланды	-	-	-	45,7	33,4	40
Норвегия	27,4	17,5	22,6	38,6	24,3	31,6
Польша	22,5	10,8	16,4	30,1	16,2	23,3
Португалия	14,8	4,5	9,5	21,4	10,7	16
Румыния	8,5	8,3	8,4	24,5	11,5	18,1
Словакия	22,65	17,54	20,09	58,9	24,9	42,5
Словения	19,8	12,2	16,1	37,1	30,2	33,8
Турция	3,1	2,2	2,7	8,3	0,5	4,5
Финляндия	27,5	17	22,2	39,6	32,7	36,1
Франция	49,3	33,2	41,1	66,5	50,5	58,4
Хорватия	21,4	10,7	16	44,7	30,5	37,8
Чехия	39,8	22,1	31,1	51,4	37,4	44,2
Швеция	18,8	10,6	14,8	28,3	19,3	23,9
Эстония	29,2	13,8	21,3	52,5	42,2	46,4

Источник: составлено автором на основе [222, 223].

Оценочные показатели опыта употребления наркотиков хотя бы раз в жизни среди жителей стран ЕС, Норвегии, Турции, Великобритании в возрастной группе от 15 до 24 лет по данным EMCDDA 2021, 2016 годов (в процентном отношении ко всему населению данной возрастной группы)

Показатель Страна	По данным 2016 года			По данным 2021 года		
	Муж. (%)	Жен. (%)	Все население (%)	Муж. (%)	Жен. (%)	Все население (%)
Австрия	27,3	21,2	24,3	29,6	29,8	29,7
Бельгия	24,9	28,1	26,5	32,6	23,1	28,1
Болгария	25,9	14,4	20,4	39,6	18,8	29,4
Великобритания	42,2	30,7	36,5	38,5	28,9	33,9
Венгрия	33,3	22,1	27,6	16,9	5,3	10,9
Германия	32,1	24,4	28,3	46,7	35,3	41,3
Греция	12,3	5,8	9,2	4,7	4,4	4,6
Дания	46,4	38,7	42,1	48,3	36,8	41,6
Ирландия	35,8	18,9	27,3	37,2	19,9	28,6
Испания	44,4	32,2	38,4	49,3	35,6	42,6
Италия	34,3	29,3	31,9	39,6	30,5	35,2
Кипр	16,4	5,8	11,2	26,6	11,4	19
Латвия	29,8	15	22,5	40,7	16,3	28,9
Литва	19,7	9,1	14,5	24,5	8,2	16,6
Люксембург	-	-	-	32,1	25,6	28
Мальта	-	-	-	-	-	-
Нидерланды	-	-	-	36,5	27,2	32
Норвегия	30,2	17,6	24,2	34,3	19,1	26,9
Польша	31,3	17,1	25,4	26	13,1	20,1
Португалия	16,9	8,6	12,8	17,9	9,3	13,6
Румыния	13,6	10,5	12	23,5	11	17,4
Словакия	33,19	21,1	27,74	45,1	16,8	31,8
Словения	31,3	23,6	27,7	31,9	28,2	30,1
Турция	3,7	1,6	2,9	8,2	0,9	5,1
Финляндия	25,4	22,5	24	29,9	22,9	26,3
Франция	52,3	42,9	47,6	59,8	45,7	52,8
Хорватия	27,8	17,2	22,6	42,9	30,5	36,9
Чехия	53,8	40	47,9	50	35,7	43,5
Швеция	19,1	12,7	15,9	18,2	12,6	15,4
Эстония	52,9	36,3	44,8	43,2	41,8	42,4

Источник: составлено автором на основе [222, 223].

Оценочные показатели опыта употребления каннабиноидных наркотиков хотя бы раз в жизни среди жителей стран ЕС, Норвегии, Турции, Великобритании в возрастной группе от 15 до 64 лет по данным EMCDDA 2021, 2016 годов (в процентном отношении ко всему населению данной возрастной группы)

Показатель Страна	По данным 2016 года			По данным 2021 года		
	Муж. (%)	Жен. (%)	Все население (%)	Мужчины (%)	Женщины (%)	Все население (%)
Австрия	17,5	11	14,2	25,6	21,5	23,6
Бельгия	18,8	11,1	15	28,1	17,3	22,6
Болгария	10,7	4,2	7,5	11,5	4,8	8,3
Великобритания	35,2	23,3	29,2	34,7	23,4	29
Венгрия	11	6,1	8,5	8,4	4	6,1
Германия	27,6	18,6	23,1	32,9	23,4	28,2
Греция	13,7	4,1	8,9	15,8	6,3	11
Дания	42,8	29,7	35,6	46	32,3	38,4
Ирландия	33,2	17,5	25,3	35,8	20	27,9
Испания	37,9	22,7	30,4	46,3	28,7	37,5
Италия	38,6	25,4	31,9	39,1	26,4	32,7
Кипр	14,7	5,3	9,9	21,5	7,1	14,1
Латвия	18,7	6,8	12,5	15,9	4,2	9,8
Литва	16,9	4,6	10,5	17,1	4,8	10,8
Люксембург	-	-	12,9	27,8	19,6	23,3
Мальта	6,7	2	4,3	6,7	2	4,3
Нидерланды	29,2	18,9	24,1	33,2	22,2	27,7
Норвегия	26,4	17,2	21,9	27,6	18,7	23,2
Польша	22,5	10,5	16,2	16,4	7,7	12,1
Португалия	14,6	4,4	9,4	15,6	6,6	11
Румыния	5,4	3,8	4,6	8	4,3	6,1
Словакия	14,84	6,15	10,49	23,4	10,6	17
Словения	19,5	11,8	15,8	24,7	16,5	20,7
Турция	1,1	0,2	0,7	5,4	0,2	2,7
Финляндия	26,7	16,7	21,7	29,8	21,3	25,6
Франция	49,1	33	40,9	52,7	37,2	44,8
Хорватия	20,9	10,4	15,6	28,8	16,9	22,9
Чехия	36,2	21	28,7	33,7	18,2	25,9
Швеция	18,5	10,2	14,4	20,9	12,3	16,7
Эстония	-	-	-	30,8	20,3	24,5

Источник: составлено автором на основе [222, 223].

Стоимость 1 грамма отдельных видов наркотиков по странам ЕС, Норвегии,
Турции, Великобритании в 2016, 2020 гг. (в евро)

Наркотик	Маришуана		Кокаин		МДМА		Амфетамин		Героин	
	2021	2016	2021	2016	2021	2016	2021	2016	2021	2016
Австрия	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Бельгия	8,7	8,7	52,6	60,7	5,24	6,8	7,2	10	18,5	23,4
Болгария	7,3	6,2	63,7	58,1	7,5	6,4	11,6	9,7	42,9	30,3
Великобритания	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Венгрия	9,3	7,8	77,5	65,7	8,5	6	11,3	11,1	52,2	43,5
Германия	10	10	72,9	75,8	7,5	7,8	10,4	11,8	46,2	47,5
Греция	22,5	19	90	85	-	5,5	10	10	-	25
Дания	-	-	-	71	-	7	-	19	-	142,2
Ирландия	-	20	-	70	-	10	-	15	140	140
Испания	5,09	4,96	61,4	58,2	10,4	11,4	26	28	-	-
Италия	9,94	8,2	80,2	78,2	17,6	16,4	-	-	54	57,1
Кипр	25,6	-	103,7	-	-	-	-	-	98	-
Латвия	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Литва	-	10	-	65	-	4,5	-	-	-	65
Люксембург	-	10,9	76	86,8	-	10,3	-	14	-	-
Мальта	11	21	59	56	9	1	-	-	-	-
Нидерланды	4,67	4,84	50,3	50	4	4,2	7,58	7,7	28,3	35,4
Норвегия	32,65	-	92,3	-	-	-	-	-	-	-
Польша	7,5	8,09	53,7	64,3	4	4,76	7,11	8,1	-	-
Португалия	5,78	8,5	32,5	44,5	-	6	-	-	-	-
Румыния	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Словакия	8,63	-	98,8	-	-	7,5	41	50	-	-
Словения	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Турция	7,92	-	55	-	4	-	-	-	-	-
Финляндия	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Франция	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Хорватия	3	12,2	62,5	-	10,5	11,3	12	23,2	-	-
Чехия	6,2	6,51	79	70	8,3	7,14	46,3	-	56,3	-
Швеция	13	12	87	96	-	8	-	-	114	146
Эстония	-	20	-	-	14	13	20	25	-	-

* Для MDMA стоимость указана за 1 таблетку.

Источник: составлено автором на основе [222, 223].

Оценочные показатели опыта употребления кокаина хотя бы раз в жизни среди жителей стран ЕС, Норвегии, Турции, Великобритании в возрастной группе от 15 до 64 лет по данным EMCDDA 2021, 2016 гг. (в процентном отношении ко всему населению данной возрастной группы)

Показатель Страна	По данным 2016 года			По данным 2021 года		
	Муж. (%)	Жен. (%)	Все население (%)	Мужчины (%)	Женщины (%)	Все население (%)
Австрия	3,6	0,9	2,2	3,6	2,3	3,0
Бельгия	-	-	-	-	-	-
Болгария	1	0,7	0,9	1,3	0,5	0,9
Великобритания	12,8	6,8	9,8	13,5	6,6	10,1
Венгрия	1	0,7	0,9	1,8	1,5	1,7
Германия	4,4	2,3	3,4	5	3,2	4,1
Греция	1,2	0,3	0,7	1,9	0,87	1,3
Дания	7,9	3	5,2	10,2	3,4	6,4
Ирландия	9,9	3,8	6,8	11,1	4,6	7,8
Испания	15	5,4	10,3	16,4	5,9	11,2
Италия	10,5	4,6	7,6	8,9	4,8	6,9
Кипр	2	0,5	1,3	3,1	0,6	1,8
Латвия	2	1	1,5	2,4	0,7	1,5
Литва	1,5	0,3	0,9	1	0,4	0,7
Люксембург	-	-	0,2	4,2	1,8	2,9
Мальта	-	-	0,5	-	-	0,5
Нидерланды	7,4	2,9	5,1	9,2	3,7	6,5
Норвегия	6,9	3,1	5	6,8	3,5	5,8
Польша	2,6	0,2	1,3	1,1	0,4	0,7
Португалия	1,8	0,6	1,2	1,9	0,6	1,2
Румыния	0,9	0,8	0,8	2,1	1	1,6
Словакия	1,05	0,18	0,61	1,6	0,1	0,9
Словения	2,8	1,2	2,1	3,6	1,6	2,7
Турция	-	-	-	0,3	0	0,2
Финляндия	2,7	1,2	1,9	4,8	1,5	3,2
Франция	7,9	3	5,4	8,1	3,2	5,6
Хорватия	3,2	1,4	2,3	7	2,5	4,8
Чехия	1,6	0,2	0,9	2,4	1	1,7
Швеция	-	-	-	16,4	5,9	-
Эстония	-	-	-	7	3,7	5,0

Источник: составлено автором на основе [222, 223].

Оценочные показатели распространенности употребления MDMA среди населения стран ЕС, Норвегии, Турции, Великобритании по данным EMCDDA 2021, 2016 гг. (в процентном отношении ко всему населению данной возрастной группы)

Показатель Страна	По данным 2016 года			По данным 2021 года		
	Муж. (%)	Жен. (%)	Все население (%)	Мужчины (%)	Женщины (%)	Все население (%)
Австрия	3,5	1,2	2,3	3,3	2,5	2,9
Бельгия	-	-	-	-	-	-
Болгария	2,8	1	2	3	1,1	2,1
Великобритания	12,4	6,1	9,2	12,2	6	9,1
Венгрия	3,2	1,7	2,4	3,3	1,9	2,5
Германия	3,6	1,8	2,7	4,5	3,2	3,9
Греция	0,5	0,2	0,4	0,9	0,3	0,6
Дания	3,7	1,2	2,3	5,1	1,8	3,2
Ирландия	10,1	3,7	6,9	12,9	5,6	9,2
Испания	6,3	2,2	4,3	7,5	2,4	5
Италия	4,1	2	3,1	3,4	2	2,7
Кипр	1,5	0,3	0,9	1,9	0,4	1,2
Латвия	3,9	1,6	2,7	4,1	0,9	2,4
Литва	2,2	0,5	1,3	2,7	0,8	1,7
Люксембург	-	-	-	3	1,3	2
Мальта	-	-	-	-	-	-
Нидерланды	9,8	5	7,4	13,6	8,1	10,8
Норвегия	3,2	1,3	2,3	4,3	2,3	3,3
Польша	3	0,3	1,6	1,3	0,7	1
Португалия	2	0,6	1,3	1,1	0,4	0,7
Румыния	0,9	0,9	0,9	1,5	0,5	1
Словакия	3,03	0,69	1,86	4,7	1,5	3,1
Словения	2,7	1,4	2,1	3,6	2,4	2,9
Турция	0,1	-	0,1	0,7	-	0,4
Финляндия	4,1	1,9	3	6,7	3,3	5
Франция	5,9	2,5	4,2	5,7	2,1	3,9
Хорватия	3,7	1,3	2,5	6,1	2,4	4,2
Чехия	9	2,8	6	6	5,1	5,6
Швеция	-	-	-	-	-	-
Эстония	-	-	-	7,5	4	5,4

Источник: составлено автором на основе [222, 223].

Оценочные показатели распространенности употребления амфетаминов среди населения стран ЕС, Норвегии, Турции, Великобритании по данным EMCDDA 2021, 2016 гг. (в процентном отношении ко всему населению данной возрастной группы)

Показатель Страна	По данным 2016 года			По данным 2021 года		
	Муж. (%)	Жен. (%)	Все население (%)	Мужчины (%)	Женщины (%)	Все население (%)
Австрия	3,4	1,6	2,5	2,6	1,7	2,2
Бельгия	-	-	-	-	-	-
Болгария	1,6	0,7	1,2	2	0,8	1,5
Великобритания	13	7,6	10,3	10,9	6,3	8,6
Венгрия	2,5	1,1	1,8	2	1,2	1,5
Германия	4,3	1,8	3,1	5,1	3	4,1
Греция	0,1	0,1	0,1	-	-	-
Дания	10,3	3,6	6,6	10,7	4,1	7,0
Ирландия	6,6	2,5	4,5	5,8	2,4	4,1
Испания	5,7	1,8	3,8	6,5	2	4,3
Италия	3,6	2,1	2,8	3,1	1,8	2,4
Кипр	1	0,2	0,7	0,6	0,1	0,4
Латвия	3,6	1	2,2	3,1	0,9	1,9
Литва	2,1	0,4	1,2	2	0,5	1,2
Люксембург	-	-	-	2	0,8	1,3
Мальта	-	-	-	-	-	0,3
Нидерланды	6,2	2,6	4,4	7,5	3,5	5,5
Норвегия	5,4	2,7	4,1	4,8	2,1	3,5
Польша	3	0,5	1,7	3,3	1,4	2,4
Португалия	0,7	0,3	0,5	0,6	0,3	0,4
Румыния	0,4	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2
Словакия	0,85	0,21	0,53	1,2	0,5	0,9
Словения	1,4	0,5	0,9	3,2	1,4	2,3
Турция	0,1	-	0,1	-	-	0,0
Финляндия	4,5	2,3	3,4	6,8	2,6	4,7
Франция	3,2	1,2	2,2	3,2	1,2	2,2
Хорватия	3,6	1,6	2,6	6,8	2,4	4,6
Чехия	3,4	1,6	2,6	2,6	1,2	1,9
Швеция	-	-	-	-	-	-
Эстония	-	-	-	8,6	4,4	6,1

Источник: составлено автором на основе [222, 223].

Оценочное количество опиоидных наркозависимых на 100 тыс. населения в
возрасте от 15 до 64 лет по данным EMCDDA 2016, 2021 гг.

Показатель	По данным EMCDDA 2016	По данным EMCDDA 2021
Страна	г.	г.
Австрия	499	535
Бельгия	-	-
Болгария	-	-
Великобритания	806	850
Венгрия	48	45
Германия	295	240
Греция	243	225
Дания	-	680
Ирландия	-	655
Испания	-	210
Италия	516	755
Кипр	182	180
Латвия	468	585
Литва	236	460
Люксембург	590	350
Мальта	568	325
Нидерланды	126	130
Норвегия	268	305
Польша	56	55
Португалия	486	500
Румыния	-	185
Словакия	130	220
Словения	371	235
Турция	26	35
Финляндия	412	775
Франция	519	505
Хорватия	361	325
Чехия	159	153
Швеция	-	-
Эстония	-	-

Источник: составлено автором на основе [173, 174].

Оценочные показатели потребителей инъекционных наркотиков (на 100000 населения в возрастной группе от 15 до 64 лет), количество смертельных отравлений, обусловленных употреблением наркотиков (на 100.000 населения), количество диагнозов ВИЧ, связанных с употреблением инъекционных наркотиков (на 100000 населения), количество шприцев, распространенных в рамках специальных программ по данным EMCDDA за 2021 г. и 2016 г.

Показатель	Оценочный показатель потребителей инъекционных наркотиков (на 100000 населения)		Смертность, связанная с острыми отравлениями и наркотикам и (на 100000 населения)		Количество диагнозов ВИЧ, связанных с употреблением инъекционных наркотиков (на 100000 населения)		Количество шприцев, распространенных в рамках специальных программ	
	2021	2016	2021	2016	2021	2016	2021	2016
Страна	Год							
Австрия	-	-	3,3	2,1	0,21	0,25	6 164 781	5 157 666
Бельгия	50-100	240-	0,8	0,9	0,11	0,1	1 262 773	926 391
Болгария	-	-	0,2	0,31	0,53	0,63	124 746	417 677
Великобритани	-	290-	7,6	5,6	0,16	0,2	-	7 199 660
Венгрия	100	80,00	0,7	0,34	0	0	44 602	460 977
Германия	-	-	0	1,86	0,19	0,14	4 197 853	-
Греция	40-70	60-90	0,8	-	0,67	0,93	464 745	368 246
Дания	-	-	3,9	5,51	0	0,2	-	-
Ирландия	-	-	7,1	7,1	0,2	0,54	532 761	393 275
Испания	20-50	20-40	1,5	1,3	0,14	0,25	1 812 069	2 269 112
Италия	-	-	1	0,8	0,24	0,23	-	-
Кипр	80-150	40-70	0,8	1	0,34	0,35	878	382
Латвия	530-680	730-	1	1	2,29	3,7	968 059	409 869
Литва	440-490	-	2,9	4,4	1,72	1,3	241361	154 889
Люксембург	190	450-	1,9	2,1	-	2,9	430 078	253 011
Мальта	-	-	0,9	0,69	-	-	223936	314 027
Нидерланды	7-9	20,00	2	1	0	0	-	-
Норвегия	200-280	210-	7,7	6,7	0,15	0,14	3 081586	2 124 180
Польша	-	-	0,6	0,85	0	0,1	181 913	105 890
Португалия	100-450	190-	0,8	0,45	0,16	0,38	1 414 228	1 677 329
Румыния	-	-	0,3	0,24	0,33	0,77	1 181768	1 979 259
Словакия	-	-	0,8	0,3	-	-	441954	274 942
Словения	-	-	5,1	2	0,1	0,1	502369	494 890
Турция	-	-	0,6	0,9	0	0	-	-
Финляндия	410-670	410-	6,5	4,7	0,14	0,13	7 055 191	4 522 738
Франция	310-330	-	0,9	0,54	0,1	0,1	12840577	-
Хорватия	180-290	40-60	3,7	2,08	0,02	0	341900	196 150
Чехия	580-610	610-	0,5	0,52	0	0,1	7 459 123	6610788
Швеция	-	130,00	7,7	9,3	0,21	0	999523	203 847
Эстония	900-	430-	3	11,3	1,51	5,1	1 629 477	2110527

Источник: составлено автором на основе [173, 174].

Данные о зарегистрированных правонарушениях в сфере незаконного оборота наркотических средств по данным EMCDDA за период с 2010 по 2020 гг.

Страна \ Год	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
Австрия	40299	43329	47880	42610	36235	32907	30250	28227	23797	25892	23853
Бельгия	56332	56645	54749	51774	49416	47083	48727	42935	39181	41661	39307
Болгария	2795	2856	2382	2433	4886	4195	9340	9521	8322	6167	6577
Великобритания	-	-	-	108033	106862	115377	128260	139803	144434	154212	152451
Венгрия	7113	7081	8591	6959	6473	6617	6487	5545	5219	5989	5789
Германия	364683	358951	344947	325102	302594	292227	282177	253525	237150	236478	231007
Греция	-	-	-	17995	17741	23748	22422	-	-	-	-
Дания	-	31598	29139	26717	-	-	26290	24058	21498	21211	17825
Ирландия	23240	21448	18296	16767	16021	15047	15861	15325	16376	17569	19788
Испания	361886	416047	395233	389229	405348	-	-	-	-	-	-
Италия	69214	75818	75023	73804	65679	61145	62845	65839	73527	76891	79245
Кипр	853	1053	1168	945	895	948	1082	996	1030	936	851
Латвия	4826	3260	4445	5173	6488	7521	6244	6554	10215	9240	7864
Литва	2962	3078	3218	2622	2288	2524	2730	2354	3006	2258	2220
Люксембург	3558	3533	2284	2525	2624	-	-	2069	1802	2225	2546
Мальта	283	447	626	739	775	472	537	429	403	388	445
Нидерланды	17900	19107	18064	18687	21118	20503	21387	17130	18200	17420	14905
Норвегия	25798	28793	31633	33585	36184	-	48152	48428	45070	42101	44741
Польша	34056	34366	30873	32600	31008	30638	29060	-	76239	74535	72375
Португалия	7728	11900	12901	16970	17073	16102	14105	14288	14779	13076	13635
Румыния	6610	8101	8487	4952	4002	4224	2407	2459	2872	3456	3852
Словакия	1494	1247	-	1692	-	969	1147	1191	1214	1204	1135
Словения	5287	5945	-	-	4235	-	4519	5329	5392	5616	4174
Турция	159268	148821	144819	118482	81222	73017	77664	98933	83133	67099	81960
Финляндия	36860	32343	29176	27680	25075	23399	21781	22636	20153	20469	19783
Франция	184531	215143	223509	223509	218731	-	216110	-	-	-	157341
Хорватия	9430	11181	11179	11353	11551	9551	9999	8229	7295	7767	7784
Чехия	-	-	-	-	5564	5549	7438	6803	5317	5003	4200
Швеция	124044	113071	106521	100447	90883	94035	95324	99175	97379	91997	90070
Эстония	3701	3998	4505	5809	5653	4982	4162	4538	4616	3821	2977

Источник: составлено автором на основе [224].

Данные о зарегистрированных правонарушениях в сфере незаконного оборота наркотических средств по структуре наркотических средств и психотропных веществ по данным отчета EMCDDA за 2021 г.

Наименование вещества	Каннабиноидные наркотики	Кокаин	Амфетамин	МДМА	Героин	ЛСД	Крэк	Метамфетамин
Деяние								
Употребление и хранение	682666	75718	41417	22475	32678	1077	3066	31043
Поставки, сбыт	116418	32577	2190	9577	14228	504	2405	9490

Источник: составлено автором на основе [224].

Показатели общей заболеваемости наркологическими расстройствами, обусловленными употреблением наркотиков, по округам России за период с 2010 по 2020 г.

Округ \ Год	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ЦФО	275,5	279,42	291,91	309,21	332,6	337,9	313,5	286,58	259,16	248,03	237,32
СЗФО	254,85	250,26	251,13	254,47	253,6	262,1	250,7	225,89	207,98	195,33	188,82
СКФО	301,45	299,97	304,59	309,13	317,3	325,2	304,4	295,54	295,65	286,69	278,09
ЮФО	470,49	429,46	409,19	390,5	367,1	344,2	322	298,25	276,56	263,61	251,4
ПФО	404,31	405,92	415,82	417,6	399,4	383,2	337,5	312,63	283,85	266,49	253,55
УФО	463,22	426,46	414,89	398,75	410,9	411,4	231,7	344,34	303,78	280,6	258,44
СФО	543,58	516,31	483,27	460,01	447,8	441,5	413	358,9	334,97	315,48	288,93
ДФО	507,49	506,83	527,06	526,72	537,6	570,3	531,8	489,07	472,71	457,2	451,01
КФО	-	-	-	-	505,3	520,4	-	-	-	-	-
Среднероссийский показатель	384,21	373,36	372,49	371,75	374,1	372	338,4	312,69	288,36	273,36,4	259,97

Источник: составлено автором на основе [45, 46, 47, 97, 98, 99, 100].

Показатели общей заболеваемости наркологическими расстройствами,
связанными с употреблением наркотических средств, психотропных веществ, по
видам зависимости по субъектам России

Показатель	Общая заболеваемость (на 100 тыс. населения)		Опиоидная наркомания (на 100 тыс. населения)		Каннабиноидная наркомания (на 100 тыс. населения)		Зависимость от психостимуляторов (на 100 тыс. населения)		Зависимость от других видов наркотиков (на 100 тыс. населения)	
	2010	2020	2010	2020	2017	2020	2017	2020	2017	2020
Субъект \ Год	2010	2020	2010	2020	2017	2020	2017	2020	2017	2020
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Алтайский край	489,6	346,4	90,1	88,9	40,0	54,2	0,9	37,4	47,7	16,4
Амурская область	515,8	428,0	60,1	36,0	205,5	201,8	2,4	9,4	17,6	22,2
Архангельская область	89,3	76,0	22,9	6,1	9,9	6,2	23,3	25,9	10,4	9,3
Астраханская область	467,9	246,5	224,4	7,1	16,1	8,8	8,5	5,8	78,8	48,4
Белгородская область	342,2	223,6	86,6	35,0	2,4	2,5	3,6	7,4	10,6	13,9
Брянская область	209,0	322,4	118,6	117,8	25,7	30,4	2,6	4,8	30,0	59,0
Владимирская область	68,9	173,1	61,5	76,0	13,4	14,0	11,1	19,4	6,5	11,7
Волгоградская область	333,8	141,7	142,2	38,1	12,0	9,7	7,4	9,5	29,4	29,5
Вологодская область	269,9	266,8	122,2	78,2	6,5	6,0	8,2	14,3	34,0	50,2
Воронежская область	565,2	587,3	208,6	125,7	28,0	33,2	7,6	17,2	42,2	61,7
г. Москва	305,3	190,2	193,6	93,8	5,9	6,1	7,8	7,8	57,0	63,8
г. Санкт-Петербург	243,3	207,4	218,4	133,3	4,0	4,8	9,0	12,9	18,6	19,5
г. Севастополь	-	143,8	-	26,9	13,6	4,2	14,6	7,4	138,7	82,6
Еврейская АО	219,7	650,0	57,6	144,7	240,3	256,5	-	0,6	2,5	1,3
Забайкальский край	400,2	494,4	75,1	29,5	51,0	65,0	2,9	13,1	0,3	0,2
Ивановская область	232,5	209,0	162,6	60,2	14,9	13,7	11,1	17,5	11,4	17,1
Ингушская Республика	294,7	296,6	75,8	46,4	0,6	0,4	-	-	-	-
Иркутская область	572,7	313,4	483,1	153,9	31,2	38,0	10,8	13,6	8,7	9,8
Кабардино-Балкарская Респ.	202,7	267,3	130,8	48,7	10,5	21,2	0,6	5,6	19,7	30,5
Калининградская область	293,5	145,6	181,7	123,3	4,0	3,2	2,0	2,2	2,3	3,9
Калужская область	185,7	171,3	104,5	63,9	5,5	5,0	7,7	12,2	39,7	35,8

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Камчатский край	540,1	414,7	8,7	5,1	34,9	35,8	27,0	24,3	160,6	163,9
Карачаево-Черкесская Респ.	560,1	288,5	230,9	73,9	10,5	10,5	0,9	1,3	28,5	26,0
Кемеровская область	732,1	316,0	403,8	167,6	24,4	28,3	5,5	12,1	12,4	18,4
Кировская область	75,1	92,2	41,3	18,5	9,7	8,7	6,5	6,9	7,6	8,1
Костромская область	403,5	249,8	173,9	133,9	2,6	3,0	6,7	12,8	25,2	24,5
Краснодарский край	621,9	133,6	227,9	24,1	14,5	8,1	7,9	7,5	16,0	11,7
Красноярский край	376,7	204,9	261,4	53,6	26,7	25,7	38,6	33,0	33,2	35,3
Курганская область	393,7	474,0	239,4	140,4	33,1	39,8	32,4	36,4	37,9	80,6
Курская область	358,4	162,3	174,3	59,3	11,4	10,6	11,0	11,3	6,1	11,8
Ленинградская область	383,1	183,3	295,9	112,2	5,6	6,4	5,9	9,4	11,9	14,9
Липецкая область	296,6	229,3	174,3	99,5	6,6	9,7	8,9	15,5	1,6	2,3
Магаданская область	388,3	189,1	48,5	24,3	19,3	7,9	30,4	32,8	27,6	15,7
Московская область	292,5	284,5	179,3	140,6	11,3	10,9	7,7	9,8	39,2	43,0
Мурманская область	365,1	196,8	221,7	101,7	2,5	2,4	6,0	6,5	7,7	10,5
Ненецкий АО	92,4	106,6	37,9	9,1	-	2,3	-	2,3	9,1	15,9
Нижегородская область	216,4	218,7	155,4 8	100,9	7,8	6,6	12,3	17,3	32,3	31,0
Новгородская область	446,8	317,5	164,4	33,0	38,4	11,6	11,7	6,7	184,9	128,1
Новосибирская область	736,6	195,1	444,3	54,4	59,6	50,3	2,2	2,8	55,9	46,9
Омская область	441,6	414,2	355,8	189,2	10,3	13,8	7,3	10,0	38,7	55,3
Оренбургская область	371,3	106,6	126,6	15,4	10,9	8,0	7,3	8,7	22,0	28,0
Орловская область	111,8	180,6	64,0	34,5	7,7	10,6	3,9	15,4	25,0	48,0
Пензенская область	250,6	139,3	115,6	36,3	15,6	12,9	16,1	15,9	13,8	20,6
Пермский край	558,4	320,0	351,3	85,2	9,0	8,3	8,0	14,3	52,2	77,7
Приморский край	681,9	573,1	249,1	126,1	100,3	124,4	27,3	13,1	49,8	75,3
Псковская область	208,7	216,3	91,6	45,2	16,0	9,7	14,9	20,8	11,6	16,8
Респ. Северная Осетия (Алания)	380,7	454,6	90,1	101,0	8,4	9,9	0,4	3,0	-	4,7
Адыгейская Республика	664,0	286,6	271,1	77,3	22,5	14,0	13,7	15,6	17,9	22,9
Республика Алтай	488,4	264,8	125,4	15,9	40,0	58,6	0,9	0,5	46,0	45,0
Республика Башкортостан	233,2	230,9	148,0	77,4	3,0	3,4	19,3	24,1	1,3	2,3
Республика Бурятия	285,1	468,8	53,2	42,4	23,2	25,6	-	-	4,0	7,3
Республика Дагестан	228,3	220,1	88,3	57,6	48,6	39,3	1,3	1,7	27,6	33,7
Республика Калмыкия	591,2	343,7	123,4	19,2	9,0	6,3	0,4	-	19,5	7,8

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Республика Карелия	82,9	61,2	31,7	5,9	17,6	6,8	13,9	14,5	25,5	18,9
Республика Коми	172,9	150,5	124	56,7	3,3	5,1	12,5	18,3	39,3	34,0
Республика Крым		566,6	-	114,1	-	18,1	-	3,7	-	100,3
Республика Марий Эл	365,8	280,2	132,7	41,4	8,1	6,5	4,8	6,6	66,6	72,6
Республика Мордовия	171,0	192,9	78,3	21,1	15,1	12,7	5,7	6,8	17,0	40,0
Республика Саха (Якутия)	253,6	156,3	34,2	3,6	24,0	17,3	1,4	2,5	0,3	39,6
Республика Татарстан	487,2	518,7	248,6	119,8	12,5	11,4	11,1	15,5	79,3	124,4
Республика Тыва	482,4	275,2	29,8	5,5	125,6	118,2	-	-	23,1	16,2
Республика Хакасия	595,3	374,5	156,1	126,2	44,3	26,6	11,7	15,4	70,3	59,2
Ростовская область	341,5	335,1	214,2	118,9	20,0	20,0	8,5	18,3	39,9	41,2
Рязанская область	110,6	202,2	89,9	20,7	53,0	33,0	18,1	15,5	32,6	47,4
Самарская область	1115,5	246,1	674,9	93,2	9,7	2,6	16,5	8,2	42,9	42,5
Саратовская область	304,7	167,1	173,5	41,3	14,5	12,7	4,2	5,2	35,9	40,3
Сахалинская область	1007,6	1023	192,3	114,5	79,0	73,5	9,2	21,5	36,6	48,5
Свердловская область	358,8	231,2	272,3	67,8	18,6	18,0	17,7	18,7	25,5	34,4
Смоленская область	307,6	336,7	171,2	118,6	24,9	21,1	5,1	11,9	29,3	34,1
Ставропольский край	338,9	283,8	222,2	117,0	12,2	11,7	1,9	4,0	7,9	12,4
Тамбовская область	155,3	125,7	91,6	39,8	5,3	6,8	1,5	5,6	9,8	15,9
Тверская область	147,3	124,8	132,5	79,9	2,5	2,7	1,8	2,1	12,2	19,3
Томская область	653,1	253,9	368,4	55,4	12,7	8,2	6,6	3,8	53,4	76,2
Тульская область	227,3	186,8	144,3	66,8	6,4	4,6	2,6	2,6	26,6	46,9
Тюменская область	344,0	284,1	237,7	47,0	17,4	21,4	100,3	90,3	2,5	2,6
Удмуртская Республика	224,0	338,7	130,2	84,6	1,1	4,4	19,8	29,1	34,3	58,9
Ульяновская область	436,6	157,7	305,1	29,9	36,3	24,8	24,3	18,5	68,7	53,9
Хабаровский край	305,3	273,3	204,7	88,3	43,8	47,8	10,7	19,7	12,7	18,1
Ханты-Мансийский АО	691,0	186,9	479,8	45,1	10,3	7,8	15,1	10,3	103,5	61,6
Челябинская область	545,4	271,0	277,5	55,5	24,9	17,9	41,6	31,5	95,6	77,3
Чеченская Республика	317,6	302,9	116,5	73,4	5,7	6,2	-	0,3	-	13,5
Чувашская Республика	214,2	162,2	89,1	35,9	2,8	2,4	4,5	6,2	2,7	6,8
Чукотский АО	50,5	69,6	14,2	-	-	6,0	-	-	4,0	4,0
Ямало-Ненецкий АО	539,8	214,2	260,2	51,6	13,8	11,0	10,8	20,6	24,6	35,3
Ярославская область	94,4	176,2	59,4	49,6	4,4	3,0	4,1	7,6	48,8	54,8

Источник: составлено автором на основе [45, 46, 47, 97].

Показатели заболеваемости наркоманией по полу по федеральным округам

России за период с 2013 по 2019 г.

Показатель Округ	Заболеваемость наркоманией в 2013 г.				Заболеваемость наркоманией в 2015 г.				Заболеваемость наркоманией в 2017 г.				Заболеваемость наркоманией в 2019 г.			
	на 100 000 человек населения		распределение по полу (%)		на 100 000 человек населения		распределение по полу (%)		на 100 000 человек населения		распределение по полу (%)		на 100 000 человек населения		распределение по полу (%)	
	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м
Российская Федерация	4,1	22,5	18	82	4,2	25,6	16	84	3,2	20,4	15	85	3,0	17,8	16	84
ЦФО	5,3	24,0	21	79	5,2	26,3	19	81	3,4	18,6	18	82	3,2	17,2	18	82
СЗФО	4,5	16,1	25	75	4,1	15,9	23	77	3,5	15,2	21	79	3,3	14,3	21	79
ЮФО	1,9	12,6	15	85	2,0	13,2	15	85	1,9	14,8	13	87	1,8	11,9	15	85
СКФО	0,8	16,1	5	95	0,9	17,3	6	94	0,8	11,8	7	93	1,0	11,9	8	92
ПФО	2,4	14,9	16	84	3,1	18,6	16	84	2,6	15,0	17	83	2,6	13,1	19	81
УФО	7,8	42,3	18	82	6,8	43,7	15	85	5,0	34,9	14	86	4,7	24,6	18	82
СФО	4,7	31,3	15	85	4,8	35,6	13	87	3,5	28,5	12	88	3,3	25,7	13	87
ДФО	4,9	28,5	16	84	4,6	45,6	10	90	6,1	42,4	13	87	0,6	5,5	10	90
КФО	-	-	-	-	5,7	37,5	15	85	-	-	-	-	-	-	-	-

Источник: составлено автором на основе [175].

Показатели заболеваемости наркоманией по полу по субъектам России за период
с 2013 по 2019 г.

Показатель Субъект	Заболеваемость наркоманией в 2013 г.				Заболеваемость наркоманией в 2015 г.				Заболеваемость наркоманией в 2017 г.				Заболеваемость наркоманией в 2019 г.			
	на 100 тыс.человек населения		распределение по полу (%)		на 100 тыс.человек населения		распределение по полу (%)		на 100 тыс.человек населения		распределение по полу (%)		на 100 тыс.человек населения		распределение по полу (%)	
	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Алтайский край	5,9	42,8	14	86	4,3	39,9	11	89	2,9	34,3	9	91	3,2	29,0	11	89
Амурская область	3,7	43,6	9	91	2,8	37,4	8	92	3,6	35,7	10	90	6,5	44,5	14	86
Архангельская область	0,7	7,8	9	91	2,8	18,1	15	85	4,4	12,3	29	71	3,4	15,8	20	80
Астраханская область	0,2	4,6	4	96	0,4	1,2	25	75	0,2	1,3	14	86	0,2	0,0	100	0
Белгородская область	1,0	4,1	22	78	1,1	3,1	29	71	0,8	4,1	19	81	1,0	5,5	17	83
Брянская область	2,2	25,5	9	91	2,1	12,3	17	83	1,8	21,2	9	91	2,0	13,5	15	85
Владимирская область	4,2	20,3	20	80	6,3	39,8	16	84	3,4	24,4	15	85	1,7	14,1	13	87
Волгоградская область	1,4	11,5	12	88	3,6	21,9	16	84	2,1	15,5	13	87	3,0	14,7	19	81
Вологодская область	2,9	15,4	18	82	1,1	8,6	13	87	0,8	11,8	7	93	2,4	12,5	18	82
Воронежская область	3,4	32,6	11	89	4,5	51,3	9	91	5,4	44,1	13	87	4,4	43,2	11	89
г. Москва	9,5	33,7	25	75	7,1	27,3	23	77	4,0	16,0	22	78	4,0	15,4	23	77
г. Санкт-Петербург	6,9	16,8	33	67	5,0	14,6	29	71	4,6	16,0	26	74	3,7	13,5	25	75
г. Севастополь	-	-	-	-	11,0	60,6	17	83	8,7	51,7	16	84	4,2	30,9	13	87
Еврейская АО	6,7	50,3	13	87	9,1	69,3	13	87	17,5	134,5	13	87	7,2	42,3	16	84
Забайкальский край	0,5	8,2	7	93	0,5	15,0	4	96	0,5	20,9	3	97	2,9	22,0	13	87
Ивановская область	3,6	13,2	25	75	2,1	11,6	18	82	3,8	12,4	27	73	2,2	13,5	16	84
Иркутская область	5,7	47,3	12	88	7,3	32,8	21	79	3,9	36,9	11	89	3,0	38,3	8	92
Кабардино-Балкарская Республика	2,4	24,7	10	90	2,0	23,6	9	91	0,7	22,0	3	97	2,8	19,4	14	86

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Калининградская область	2,0	8,0	22	78	3,3	9,2	29	71	2,1	11,0	18	82	3,0	11,6	23	77
Калужская область	2,0	19,7	11	89	3,7	29,4	13	87	2,0	12,4	16	84	1,7	14,2	12	88
Камчатский край	5,0	19,3	21	79	4,4	18,3	19	81	0,6	10,2	6	94	3,8	16,6	19	81
Карачаево-Черкесская Республика	-	10,6	-	100	0,8	15,2	6	94	1,6	11,1	14	86	1,6	6,0	24	76
Кемеровская область	7,3	35,1	20	80	7,1	40,2	17	83	4,5	27,7	16	84	2,3	13,3	17	83
Кировская область	0,1	4,5	4	96	1,0	6,8	15	85	1,3	10,3	13	87	0,4	7,7	6	94
Костромская область	0,6	7,0	9	91	2,5	16,4	16	84	2,9	18,9	15	85	2,3	18,5	13	87
Краснодарский край	1,2	7,8	15	85	0,7	7,2	11	89	0,9	8,1	11	89	0,6	5,1	12	88
Красноярский край	4,9	28,4	17	83	5,2	48,6	11	89	5,6	32,2	17	83	5,2	24,1	20	80
Курганская область	6,1	25,7	22	78	7,9	40,5	19	81	9,8	59,4	16	84	3,3	28,5	12	88
Курская область	1,5	17,1	9	91	1,1	21,5	6	94	1,5	14,2	11	89	0,8	11,3	8	92
Ленинградская область	3,9	17,7	20	80	5,0	14,6	28	72	3,7	16,2	20	80	3,9	18,8	19	81
Липецкая область	3,0	15,7	19	81	1,9	11,4	17	83	2,1	17,3	13	88	2,7	9,8	25	75
Магаданская область	10,3	27,2	29	71	2,6	16,8	14	86	4,0	17,1	20	80	4,1	11,8	27	73
Московская область	6,8	29,0	21	79	7,7	30,7	23	77	4,0	21,2	18	82	3,9	20,2	18	82
Мурманская область	9,4	35,3	22	78	8,3	21,0	30	70	3,6	14,6	21	79	1,8	9,8	17	83
Ненецкий АО	-	9,6	-	100	-	9,4	-	100	-	-	-	-	0,0	4,7	0	100
Нижегородская область	4,2	28,3	15	85	5,0	26,5	19	81	2,5	13,2	18	82	2,2	15,2	15	85
Новгородская область	3,5	22,1	16	84	1,8	21,6	9	91	3,3	24,4	14	86	2,4	17,4	15	85
Новосибирская область	5,4	40,9	13	87	4,6	53,0	9	91	3,6	43,1	9	91	3,7	17,6	19	81
Омская область	3,1	15,6	19	81	4,1	15,6	24	76	2,6	11,7	21	79	5,0	35,6	13	87
Оренбургская область	0,9	8,2	11	89	0,8	10,0	9	91	0,8	8,9	9	91	0,8	8,4	9	91
Орловская область	0,9	5,5	17	83	0,5	7,0	8	92	2,7	7,4	31	69	0,7	10,5	8	92
Пензенская область	1,5	15,2	10	90	2,2	23,6	10	90	2,1	16,5	13	87	1,4	12,7	12	88
Пермский край	2,2	9,3	22	78	2,3	10,0	21	79	5,3	21,4	23	77	5,8	18,0	28	72
Приморский край	9,5	41,0	20	80	6,8	83,5	8	92	11,0	77,0	13	87	8,7	67,3	12	88

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Псковская область	3,1	17,8	17	83	2,3	20,4	12	88	1,5	12,2	12	88	1,5	14,8	10	90
Республика Адыгея	0,8	11,6	8	92	1,2	8,6	14	86	1,2	9,0	14	86	1,2	7,4	16	84
Республика Алтай	2,7	13,0	19	81	1,8	19,7	9	91	0,9	10,6	8	92	2,6	33,6	8	92
Республика Башкортостан	3,7	14,8	22	78	2,1	10,6	18	82	1,7	10,1	16	84	2,9	10,2	25	75
Республика Бурятия	1,6	6,9	20	80	0,8	14,3	6	94	1,0	5,8	16	84	0,6	19,9	3	97
Республика Дагестан	0,5	29,9	2	98	0,4	33,5	1	99	0,4	20,5	2	98	0,2	18,1	1	99
Республика Ингушетия	-	3,0	-	100	0,4	7,1	6	94	-	2,7	-	100	0,0	2,2	0	100
Республика Калмыкия	-	0,7	-	100	-	0,7	-	100	-	-	-	-	0,0	0,8	0	100
Республика Карелия	2,0	6,9	26	74	2,3	12,5	18	82	2,1	18,3	12	88	1,8	14,2	13	87
Республика Коми	1,7	13,0	13	87	4,6	31,0	14	86	4,3	16,8	22	78	4,6	14,4	26	74
Республика Крым	-	-	-	-	4,6	32,5	14	86	3,5	28,2	13	87	3,2	22,9	14	86
Республика Марий Эл	0,8	7,5	11	89	0,8	6,3	13	87	1,9	5,3	29	71	1,9	7,2	23	77
Республика Мордовия	0,7	15,7	5	95	1,2	12,8	9	91	0,9	10,3	9	91	0,0	5,4	0	100
Республика Саха (Якутия)	0,6	10,6	6	94	0,6	10,5	6	94	0,8	5,1	14	86	1,6	27,7	6	94
Республика Северная Осетия	1,3	3,1	33	67	0,8	10,7	8	92	3,2	7,1	34	66	2,9	16,7	17	83
Республика Татарстан	1,7	12,6	14	86	2,5	17,7	14	86	2,9	19,4	15	85	3,3	18,1	18	82
Республика Тыва	-	13,5	-	100	0,6	5,3	11	89	1,2	24,1	5	95	4,5	21,3	20	80
Республика Хакасия	1,7	17,0	11	89	6,3	38,5	16	84	4,9	26,8	17	83	3,1	27,3	12	88
Ростовская область	3,8	22,2	17	83	3,1	19,9	15	85	2,3	18,2	13	88	2,3	16,4	14	86
Рязанская область	2,1	12,5	17	83	4,7	59,3	9	91	4,6	32,0	15	85	3,1	31,9	10	90
Самарская область	5,2	22,9	21	79	9,6	50,0	19	81	2,8	16,6	17	83	3,8	17,2	21	79
Саратовская область	2,1	12,6	17	83	1,6	15,0	11	89	2,0	10,2	19	81	1,5	9,3	16	84
Сахалинская область	4,7	19,4	21	79	7,1	43,5	15	85	6,3	34,4	16	84	4,0	55,1	7	93
Свердловская область	8,6	42,2	19	81	5,4	36,5	15	85	4,3	28,9	15	85	5,0	24,7	19	81
Смоленская область	3,0	31,2	10	90	5,0	28,2	17	83	2,7	12,3	21	79	2,4	10,1	21	79
Ставропольский край	1,0	11,4	9	91	1,7	9,0	18	82	1,1	7,3	15	85	1,3	7,7	16	84

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Гамбовская область	-	5,9	-	100	0,7	9,0	8	92	1,8	8,8	19	81	2,0	12,0	16	84
Тверская область	2,1	6,8	27	73	2,0	10,9	18	82	2,7	12,9	20	80	2,0	15,8	13	87
Томская область	3,0	35,3	9	91	4,4	29,3	14	86	3,1	16,8	17	83	0,0	4,9	0	100
Тульская область	1,5	7,4	20	80	2,7	13,5	19	81	2,7	19,1	15	85	2,4	15,9	15	85
Тюменская область	5,5	21,2	23	77	6,0	27,8	20	80	3,8	22,8	16	84	4,6	18,4	22	78
Удмуртская Республика	0,6	7,4	9	91	2,0	8,3	22	78	3,8	11,9	27	73	2,2	13,7	16	84
Ульяновская область	1,5	27,3	6	94	3,7	32,0	12	88	5,8	51,7	12	88	3,5	21,3	16	84
Хабаровский край	1,4	18,1	8	92	4,1	30,6	13	87	4,5	27,9	15	85	8,8	36,9	21	79
Ханты-Мансийский АО	6,3	26,5	20	80	6,1	36,4	15	85	3,3	23,5	13	87	2,3	10,2	19	81
Челябинская область	9,7	67,4	15	85	9,3	66,8	14	86	6,2	49,1	13	87	5,6	32,8	17	83
Чеченская Республика	-	2,4	-	100	-	2,2	-	100	-	1,7	-	100	-	5,1	-	100
Чувашская Республика	0,5	4,3	11	89	0,8	2,4	26	74	0,6	2,9	19	81	0,3	2,1	14	86
Чукотский АО	-	7,8	-	100	-	-	-	-	-	4,0	-	100	-	3,9	-	100
Ямало-Ненецкий АО	2,2	15,8	12	88	2,6	26,1	9	91	3,3	25,2	12	88	7,3	30,1	20	80

Источник: составлено автором на основе [175].

Показатели общей заболеваемости наркологическими расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, психотропных веществ, среди подростков в возрасте от 15 до 17 лет на 100000 подросткового населения, по видам наркозависимости

Показатель	Общая заболеваемость (на 100 тыс. подростков 15-17 лет)		Опиоидная наркомания (на 100 тыс. подростков 15-17 лет)		Каннабиноидная наркомания (на 100 тыс. подростков 15-17 лет)		Зависимость от психостимуляторов (на 100 тыс. подростков 15-17 лет)		Зависимость от других видов наркотиков (на 100 тыс. подростков 15-17 лет)	
	2010	2020	2010	2020	2017	2020	2017	2020	2017	2020
Год Субъект	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Алтайский край	208,7	99,3	12,2	-	2,9	-	-	2,7	-	-
Амурская область	1149,6	227,9	6,9	-	-	7,1	3,9	-	-	-
Архангельская область	8,3	134,7	2,8	-	12,5	-	12,2	8,4	-	-
Астраханская область	682,9	145,8	2,9	-	-	-	-	-	-	-
Белгородская область	197,1	52,7	-	-	-	-	-	-	-	-
Брянская область	97,7	60,2	6,8	-	3,1	-	-	-	6,1	5,7
Владимирская область	22,1	64,8	2,5	-	11,3	-	2,8	-	-	-
Волгоградская область	250,8	93,1	6,0	-	1,5	1,4	8,6	-	20,0	21,9
Вологодская область	65,7	132,9	5,5	-	9,0	-	2,9	5,4	2,9	2,7
Воронежская область	317,6	110,3	1,4	-	-	-	-	1,6	11,9	4,9
г. Москва	149,2	217,7	4,7	-	-	-	-	1,0	17,1	35,2
г. Санкт-Петербург	134,2	193,4	7,0	-	2,7	-	0,9	6,5	8,8	6,5
г. Севастополь	-	49,7	-	-	-	-	-	-	47,5	16,6
Еврейская АО	46,3	17,7	-	-	-	-	-	-	-	-
Забайкальский край	504,3	235,9	2,3	-	8,1	10,0	2,7	10,0	-	-
Ивановская область	39,3	124,6	9,8	-	23,6	-	-	7,1	-	-
Иркутская область	368,4	97,9	75,1	-	18,3	4,8	-	-	1,3	-
Кабардино-Балкарская Респ.	26,2	37,3	-	-	-	-	-	3,4	6,8	-
Калининградская обл.	24,0	13,5	3,4	-	3,8	3,4	-	3,4	-	-
Калужская область	10,3	117,7	-	-	-	-	15,5	33,1	23,3	7,4
Камчатский край	49,4	162,6	-	-	-	-	-	-	10,8	-
Карачаево-Черкесская	65,7	0,0	-	-	-	-	-	-	6,3	-
Кемеровская область	542,9	104,2	62,2	2,3	6,3	-	-	1,2	2,4	-
Кировская область	12,4	21,9	-	-	5,9	-	8,7	5,5	14,5	-

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Костромская область	20,0	82,0	5,0	-	5,5	-	10,9	5,1	-	-
Краснодарский край	70,8	43,5	-	-	-	-	-	-	-	-
Красноярский край	367,2	68,1	11,3	-	45,2	5,4	2,9	8,6	3,5	4,3
Курганская область	80,9	192,5	3,4	-	28,0	3,8	11,8	-	82,6	26,4
Курская область	184,3	55,2	11,0	-	10,0	-	10,0	3,2	3,3	3,2
Ленинградская область	509,3	121,8	13,4	-	6,8	-	2,2	-	4,4	3,9
Липецкая область	154,7	42,3	24,9	-	-	-	3,2	-	-	-
Магаданская область	344,3	82,8	-	-	-	-	-	-	-	-
Московская область	198,5	118,2	15,2	1,5	3,3	2,0	3,7	1,0	5,8	2,4
Мурманская область	281,4	289,2	25,2	-	-	-	-	-	-	-
Ненецкий АО	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Нижегородская область	161,2	55,4	16,3	-	12,2	-	7,2	4,5	8,5	-
Новгородская область	136,5	56,0	21,8	-	6,3	-	18,5	5,6	-	11,2
Новосибирская область	546,4	58,7	10,3	1,2	12,6	3,7	12,2	2,5	14,9	7,3
Омская область	129,9	215,3	22,4	-	-	-	-	1,7	15,1	6,8
Оренбургская область	281,7	15,8	4,1	-	-	-	3,3	3,2	-	-
Орловская область	89,3	80,4	-	-	-	-	-	-	-	-
Пензенская область	86,8	17,1	4,7	-	-	-	3,0	2,9	-	-
Пермский край	131,1	152,4	17,4	-	-	-	-	-	3,7	-
Приморский край	239,8	130,7	3,2	-	-	-	-	1,8	-	-
Псковская область	118,0	103,8	15,4	-	-	-	-	-	-	-
Респ. Северная Осетия	46,0	28,9	-	-	-	-	-	-	-	-
Республика Адыгея	25,7	13,3	-	-	-	-	-	-	-	6,6
Республика Алтай	48,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Республика Башкортостан	33,4	79,6	3,3	-	4,0	-	16,5	13,6	-	1,5
Республика Бурятия	1133,6	206,9	2,9	-	-	-	-	-	-	-
Республика Дагестан	1,3	6,6	-	-	0,7	-	-	-	3,0	0,7
Республика Ингушетия	-	12,4	-	-	-	-	-	-	-	-
Республика Калмыкия	98,3	20,4	-	-	28,0	-	-	-	-	-
Республика Карелия	35,6	40,2	-	-	-	-	-	-	10,9	-
Республика Коми	35,3	31,4	12,8	-	-	-	3,7	7,0	3,7	-
Республика Крым	-	92,1	-	-	-	-	-	-	2,1	-
Республика Марий Эл	69,0	38,0	4,3	-	-	-	5,1	9,5	15,3	-
Республика Мордовия	7,4	32,6	-	-	4,9	-	-	4,7	-	-
Республика Саха (Якутия)	68,1	42,9	-	-	-	2,5	-	-	-	-
Республика Татарстан	67,2	45,3	2,3	-	0,9	-	3,5	0,9	11,5	2,6
Республика Тыва	314,2	481,2	-	-	7,4	-	-	-	-	-
Республика Хакасия	507,2	104,2	-	-	12,1	5,5	-	5,5	5,9	-

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Ростовская область	66,2	94,1	5,2	-	0,9	0,8	10,4	7,4	11,3	5,0
Рязанская область	47,8	88,3	12,0	-	3,7	-	-	-	10,8	-
Самарская область	104,1	72,0	5,1	-	1,2	-	4,9	2,2	2,4	3,3
Саратовская область	145,6	46,1	1,2	-	1,5	-	-	-	23,9	5,8
Сахалинская область	152,4	83,1	6,6	-	-	-	7,0	6,4	-	-
Свердловская область	105,7	76,7	13,1	-	12,0	6,1	5,0	6,1	5,8	6,1
Смоленская область	144,9	63,4	3,5	4,0	-	-	-	-	4,3	-
Ставропольский край	65,1	47,3	2,0	-	-	-	2,4	-	1,2	-
Тамбовская область	49,2	39,6	-	-	-	-	-	-	-	-
Тверская область	56,0	8,4	-	-	-	-	-	-	-	2,8
Томская область	181,9	30,1	-	-	-	-	-	-	-	-
Тульская область	25,2	126,3	-	-	2,8	-	-	-	8,3	2,6
Тюменская область АО	146,8	158,7	2,3	-	-	-	-	2,1	-	-
Удмуртская Республика	51,8	83,8	2,0	-	4,3	-	25,3	6,0	4,2	4,0
Ульяновская область	70,3	41,7	-	-	3,2	-	6,3	6,0	15,6	14,9
Хабаровский край	82,2	75,1	9,4	-	-	-	-	5,2	-	-
Ханты-Мансийский АО	34,8	48,8	1,8	-	-	1,6	-	-	17,7	19,5
Челябинская область	240,5	58,8	16,4	-	5,1	1,9	18,9	1,9	7,0	5,6
Чеченская Республика	-	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Чувашская Республика	16,1	93,4	-	-	-	-	-	-	-	-
Чукотский АО	-	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Ямало-Ненецкий АО	23,1	37,7	-	-	-	-	5,0	-	5,0	-
Ярославская область	48,4	57,5	5,7	-	-	-	-	-	9,0	8,0

Источник: составлено автором на основе [45, 47, 97].

Количество потребителей инъекционных наркотиков на 100 тыс. населения, количество смертей, связанных с острыми отравлениями наркотиками, на 100 тыс. населения за период с 2016 по 2020 г. по субъектам России

Показатель	Количество потребителей инъекционных наркотиков на 100 тыс. населения					Смертность, связанная с острыми отравлениями наркотиками, на 100 тыс. населения					
	Год	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020
Субъект	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Алтайский край		197,7	105,1	135,8	101,5	112,4	0,6	0,4	0,2	0,8	0,6
Амурская область		73,3	74,5	57,8	58,5	60,4	2,4	2,1	1,1	1,5	1,7
Архангельская область		41,8	30,5	26,1	18,0	13,1	0,7	0,3	0,3	0,5	1,5
Астраханская область		129,9	63,8	28,9	24,7	15,6	0,9	0,9	1,2	0,2	0,1
Белгородская область		132,0	108,4	110,1	93,4	78,4	1,7	1,1	1,9	2,7	3,9
Брянская область		186,7	189,6	181,7	127,0	176,1	2,1	1,3	2,3	6,0	5
Владимирская область		112,0	100,8	92,4	89,6	84,5	3,3	2,0	3,6	2,9	4,1
Волгоградская область		64,0	56,2	54,5	52,5	51,9	0,2	0,9	2,0	0,8	0,2
Вологодская область		200,5	170,1	154,2	154,8	177,0	0,9	0,4	0,6	1,2	2,3
Воронежская область		327,5	317,8	305,0	286,4	256,3	1,6	0,8	1,2	0,9	3,7
г. Москва		209,5	165,9	153,4	128,9	123,0	8,7	5,2	6,9	9,4	8,7
г. Санкт-Петербург		186,9	167,9	152,9	135,3	123,4	12,1	13,6	11,8	11,9	12,5
г. Севастополь		280,9	290,4	217,5	177,6	115,1	6,8	0,0	0,9	2,4	8,2
Еврейская АО		112,0	165,6	153,5	163,8	130,1	5,5	1,9	1,9	,3	1,9
Забайкальский край		56,2	39,6	46,1	43,6	29,9	0,4	0,4	0,5	0,9	0,4
Ивановская область		174,9	141,4	106,8	104,7	107,3	0,3	0,3	0,7	0,3	0,1
Иркутская область		317,5	238,2	196,0	165,3	156,5	2,9	3,2	3,6	3,3	3,5
Кабардино-Балкарская Респ.		133,7	115,9	112,2	108,6	108,8	0,3	0,2	0,6	0,9	2,3
Калининградская область		153,0	135,7	131,7	115,2	107,7	1,4	1,1	0,3	0,7	0,8
Калужская область		147,0	114,3	90,6	98,9	95,8	3,2	1,4	2,1	1,5	2,7
Камчатский край		72,9	73,4	71,1	71,5	71,6	3,5	2,5	1,9	2,9	2,2
Карачаево-Черкесская Респ.		124,4	106,8	94,4	81,8	84,0	0,2	1,3	1,1	1,9	1,7
Кемеровская область		354,6	275,2	268,5	240,0	212,8	10,3	7,6	7,2	7,0	6,5
Кировская область		39,6	36,9	32,7	30,2	28,8	0,5	0,2	0,2	0,3	0,3
Костромская область		221,1	198,6	199,1	194,4	179,8	2,2	2,0	1,9	3,5	5,3
Краснодарский край		91,9	67,1	51,0	37,8	33,3	2,3	4,0	3,3	2,3	2,9
Красноярский край		122,9	134,5	87,6	81,4	64,9	3,4	4,2	5,1	3,8	4,6
Курганская область		262,4	279,9	300,9	295,0	221,5	2	1,8	2,0	1,0	1,1
Курская область		172,7	143,2	129,5	65,3	64,0	1,2	0,4	1,4	1,6	2,9
Ленинградская область		183,7	165,9	158,5	126,7	125,0	9,5	11,5	12,2	12,0	9,1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Липецкая область	227,1	210,0	133,7	151,0	135,4	2,5	4,1	4,5	3,8	9,7
Магаданская область	112,4	93,4	77,1	63,7	56,4	4,1	2,1	3,5	5,7	1,4
Московская область	225,9	207,3	192,6	185,1	174,9	15,8	14,9	16,5	16,6	15,8
Мурманская область	195,0	158,7	141,3	141,2	133,3	6,1	3,2	7,9	2,8	16,9
Ненецкий АО	45,6	27,3	6,8	9,1	11,3	0	0,0	0,0	0,0	0
Нижегородская область	183,6	145,8	131,4	122,0	117,9	1,3	1,9	2,0	2,0	3
Новгородская область	267,5	163,8	144,9	95,3	90,7	2,3	2,0	1,5	2,5	4,6
Новосибирская область	210,0	121,4	108,2	107,7	88,7	4,7	5,1	4,7	5,1	7,3
Омская область	307,8	280,6	267,3	268,7	258,1	5,5	7,4	3,9	5,7	6
Оренбургская область	49,7	48,9	28,9	21,6	19,3	1,5	1,7	1,0	0,8	2,1
Орловская область	66,6	64,0	66,9	70,2	67,2	0,1	0,0	0,8	0,0	0,3
Пензенская область	101,3	75,5	62,5	59,0	49,6	1	1,2	2,2	2,1	2,6
Пермский край	334,6	245,2	208,7	168,8	126,9	2,1	2,4	3,0	4,3	6,8
Приморский край	223,5	209,2	189,1	171,7	160,8	2,7	2,1	1,4	2,4	2,3
Псковская область	125,1	111,8	84,4	75,9	74,1	1,2	1,4	1,7	1,3	1,9
Респ.Северная Осетия	304,8	271,9	257,7	195,2	226,0	1,6	1,6	1,3	1,6	2,7
Республика Адыгея	197,2	168,3	151,3	135,0	120,1	0,4	0,9	2,2	1,7	1,3
Республика Алтай	40,3	32,3	29,3	20,1	16,8	0	0,5	0,0	1,4	0,5
Республика Башкортостан	108,2	125,6	75,1	64,1	73,1	0,7	0,3	0,3	0,7	0,5
Республика Бурятия	67,6	61,4	57,2	58,6	55,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1
Республика Дагестан	67,8	62,8	39,9	57,9	60,4	1	0,2	0,6	0,7	1,7
Республика Ингушетия	170,2	165,7	163,0	165,5	156,6	0,4	0,0	0,4	0,5	0,7
Республика Калмыкия	120,4	71,3	51,8	39,2	27,7	0,6	0,6	1,8	1,0	3,3
Республика Карелия	14,8	14,8	15,2	12,3	10,4	2,6	2,9	1,7	1,7	2
Республика Коми	60,4	57,0	63,4	60,6	48,3	0,7	0,6	1,5	1,0	2,4
Республика Крым	249,2	254,3	235,5	204,6	202,7	0	0,1	0,8	0,3	0,3
Республика Марий Эл	219,3	170,6	161,9	127,0	108,0	0,9	1,3	1,7	0,9	1,6
Республика Мордовия	109,4	68,5	68,5	52,7	53,5	1,5	1,8	1,6	1,8	2,9
Республика Саха (Якутия)	15,8	7,2	12,9	13,7	6,6	0	0,0	0,0	0,0	0
Республика Татарстан	270,2	221,8	215,4	205,6	201,7	1,9	3,3	2,1	1,7	1,7
Республика Тыва	55,2	42,7	27,6	25,9	26,3	1	0,1	1,0	1,2	1,8
Республика Хакасия	210,9	208,7	248,1	221,8	178,2	1,1	1,3	0,8	1,5	0,7
Ростовская область	208,7	199,4	174,6	164,8	146,8	1	0,6	1,9	1,2	1,2
Рязанская область	17,8	15,0	20,6	20,4	21,1	0,5	1,1	0,7	0,5	2,3
Самарская область	326,3	188,3	134,2	124,3	111,9	4,5	5,7	2,7	3,0	2,3
Саратовская область	113,0	101,5	94,4	80,6	68,1	1,5	1,6	1,4	2,4	4,3
Сахалинская область	262,5	188,8	137,4	232,6	216,1	5,5	3,9	2,7	3,3	1,6
Свердловская область	145,8	108,4	102,8	98,9	90,8	4,8	7,7	5,2	6,1	10,8
Смоленская область	206,0	179,0	169,1	164,4	153,5	3,1	3,5	2,2	3,6	4,6
Ставропольский край	191,3	170,6	143,0	130,7	125,9	1,6	0,9	0,7	1,1	0,9
Тамбовская область	110,1	72,8	64,3	51,0	44,8	0,8	1,2	1,4	1,5	2,1
Тверская область	105,9	98,6	86,9	89,6	93,3	1,6	3,3	2,1	3,4	2,3

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Томская область	161,3	201,9	152,0	139,1	174,2	3	5,9	5,0	5,0	7
Тульская область	172,7	141,5	135,9	125,5	88,1	3,2	3,0	1,8	2,8	3,4
Тюменская область АО	173,2	159,6	140,9	136,6	84,2	3,6	5,6	4,3	7,0	10
Удмуртская Республика	200,9	190,2	223,6	227,0	231,5	0,9	0,5	0,1	1,1	2,5
Ульяновская область	211,8	205,8	136,2	54,5	47,0	0,6	0,8	1,2	0,4	0,8
Хабаровский край	157,8	133,7	113,4	86,6	67,7	0,9	0,6	0,3	0,5	1,2
Ханты-Мансийский АО	192,4	96,7	54,7	32,3	25,1	1,5	2,1	1,3	3,6	4,1
Челябинская область	214,7	229,3	178,4	153,2	151,4	6	10,2	5,6	8,0	11,5
Чеченская Республика	111,0	111,3	85,6	74,7	73,4	0,2	0,0	0,0	0,0	0
Чувашская Республика	98,8	67,7	71,4	61,4	57,3	0,3	0,6	0,7	0,7	1,7
Чукотский АО	-	-	-	-	-	2	0,0	0,0	0,0	0
Ямало-Ненецкий АО	182,0	123,1	112,0	99,9	80,8	1,3	1,9	2,4	2,6	2,4
Ярославская область	108,9	105,4	94,5	80,3	81,9	4,6	5,3	5,2	7,1	7,2

Источник: составлено автором на основе [45, 47, 100].

Показатели доли наркопреступлений к общему количеству зарегистрированных преступлений, удельного веса осужденных за наркопреступления к общему количеству осужденных, удельного веса осужденных за наркопреступления молодых людей в возрасте от 18 до 29 лет к общему количеству осужденных за наркопреступления, вовлеченности наркопотребителей в незаконный оборот наркотиков по субъектам России

Показатель	Доля наркопреступлений к общему количеству зарегистрированных преступлений (в %)		Удельный вес осужденных за наркопреступления к общему количеству осужденных (в%)		Удельный вес осужденных за наркопреступления молодых людей в возрасте от 18 до 29 лет к общему количеству осужденных за наркопреступления (в %)		Показатели вовлеченности наркопотребителей в незаконный оборот наркотиков (в %)	
	2016	2020	2016	2020	2016	2020	2017	2020
Субъект	Год							
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Алтайский край	7,7	8,1	15,1	15,2	46,2	30,5	9,3	11,1
Амурская область	9,4	10,2	24,9	25,1	42,30	32,3	2,0	7,9
Архангельская область	4,50	4,80	8,10	6,60	66,70	58,80	0,9	10,80
Астраханская область	14,50	9,80	23,60	16,90	40,30	38,70	13,4	14,2
Белгородская область	6,60	7,90	9,90	10,50	45,60	32,50	9,6	22,90
Брянская область	6,30	6,90	11,70	7,00	46,50	43,70	17,3	14,40
Владимирская область	7,00	7,40	10,90	11,10	58,00	51,70	8,6	6,40
Волгоградская область	4,90	4,30	11,80	8,60	40,70	33,30	1,4	6,60
Вологодская область	6,00	4,90	12,20	7,60	67,40	50,20	8,5	9,30
Воронежская область	7,10	8,60	15,30	13,20	42,60	33,10	7,7	7,00
г. Москва	9,30	8,90	23,40	15,40	47,50	47,00	6,3	7,00
г. Санкт-Петербург	26,40	12,60	38,20	16,70	53,30	49,10	6,5	3,90
г. Севастополь	5,10	11,30	7,50	15,10	45,50	47,00	55,7	9,30
Еврейская АО	12,6	10,3	29,3	26,3	38,80	27,6	0,0	0,6
Забайкальский край	4,8	6,8	11,2	13,8	53,7	39,6	17,2	23,3
Ивановская область	6,30	6,20	10,40	9,30	66,40	53,50	8,7	9,70
Иркутская область	5,9	5,6	12,9	11,9	50	42	4,5	7,1
Кабардино-Балкарская Республика	13,90	15,50	33,60	24,90	31,70	29,40	1,4	5,30
Калининградская область	6,20	6,70	14,30	8,90	39,40	36,10	1,4	4,70
Калужская область	6,00	7,80	9,50	9,50	48,40	49,00	0,9	2,80
Камчатский край	9,7	8	18,1	11,4	44,50	36,7	3,1	3,9
Карачаево-Черкесская Республика	18,20	17,00	25,30	18,30	33,90	27,50	7,6	1,90

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Кемеровская область	9,4	8,3	10,8	12,6	48,4	38,5	21,0	15,1
Кировская область	6,30	5,40	6,20	5,70	65,80	50,40	27,5	15,50
Костромская область	10,00	11,00	12,50	9,50	40,60	44,00	9,8	20,50
Краснодарский край	10,50	8,60	22,40	21,50	32,90	33,00	13,7	41,0
Красноярский край	9,5	8	13	12,5	54,7	43,6	22,8	26,8
Курганская область	7,50	10,7	10,20	7,9	49,30	37,3	3,5	4,5
Курская область	8,00	6,30	9,30	9,20	49,50	46,10	39,7	7,30
Ленинградская область	9,30	7,00	14,70	10,30	51,00	46,50	1,7	3,90
Липецкая область	10,40	11,40	21,20	16,50	45,90	43,80	7,0	8,00
Магаданская область	12,1	11,6	13,2	10,6	50,50	37,6	10,9	6,8
Московская область	9,50	11,80	18,20	15,80	43,10	41,10	0,8	0,80
Мурманская область	11,00	10,50	20,00	10,90	46,00	49,00	5,1	6,40
Ненецкий АО	6,80	4,80	7,90	5,00	54,50	58,30	19,2	14,90
Нижегородская область	9,30	9,40	12,70	11,00	58,60	50,00	9,5	13,10
Новгородская область	5,40	11,00	8,00	7,70	63,00	51,90	12,2	12,00
Новосибирская область	5,9	4,1	11,5	7,9	57	38,4	4,9	5,2
Омская область	9,5	9,6	13,7	13,4	47,5	35,5	10,5	11,2
Оренбургская область	9,80	13,00	10,10	10,40	47,30	39,00	4,3	8,30
Орловская область	5,90	7,20	9,80	13,30	55,90	41,70	8,0	3,50
Пензенская область	10,30	9,00	11,00	11,60	54,20	45,40	14,9	36,00
Пермский край	7,70	9,40	10,50	9,60	48,00	38,60	7,2	9,40
Приморский край	12,9	13	21	20,1	36,60	28,5	12,8	4,4
Псковская область	4,10	15,50	7,80	7,20	43,40	57,20	6,7	7,30
Республика Башкортостан	9,30	10,10	11,50	11,00	45,30	35,80	11,1	27,30
Республика Адыгея	4,80	7,30	10,80	11,30	27,40	29,50	7,6	7,70
Республика Алтай	5,1	5,9	9,8	10,7	40,3	21,6	4,8	4,5
Республика Бурятия	8,3	6,6	23	16,4	48,5	43,2	19,8	11,1
Республика Дагестан	15,40	19,70	28,60	33,50	31,20	36,30	0,6	0,40
Республика Ингушетия	16,80	16,10	30,00	25,50	37,60	41,20	12,6	0,30
Республика Калмыкия	15,50	8,90	25,80	15,70	29,10	20,50	9,0	0,10
Республика Карелия	6,00	4,60	11,10	7,70	72,00	64,80	12,0	18,90
Республика Коми	4,70	7,80	6,60	5,70	59,70	51,60	8,8	7,00
Республика Крым	6,80	10,40	17,50	18,40	30,40	32,40	2,4	2,10
Республика Мордовия	8,40	9,50	10,70	8,30	61,40	49,80	3,4	6,60
Республика Северная Осетия-Алания	14,20	23,70	23,30	26,60	34,00	26,00	1,5	2,60
Республика Татарстан	7,70	9,40	11,10	13,10	53,30	423	24,5	18,20
Республика Тыва	9,6	9,5	22,9	20,4	47,9	42,2	2,9	1,3
Республика Хакасия	7,5	11,4	14,6	16,6	40,2	34,8	21,5	12,5
Республика Марий Эл	7,00	6,80	12,30	7,60	51,90	51,70	11,5	14,80
Республика Саха (Якутия)	5,2	4,3	9,9	8,8	51,60	34,8	2,2	3,6
Ростовская область	8,70	8,90	18,40	15,50	39,10	36,00	5,2	4,70
Рязанская область	12,60	11,50	20,20	17,50	59,20	51,90	0,9	2,20
Самарская область	10,30	9,80	19,10	13,90	32,30	34,60	8,4	9,10
Саратовская область	8,20	8,60	10,50	11,00	42,40	42,80	10,9	14,60

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Сахалинская область	7,5	7	15,3	11,2	42,40	30	4,8	5,6
Свердловская область	9,60	9,8	0,15	13,9	57,10	44,2	7,3	32,1
Смоленская область	6,80	8,50	11,90	14,00	52,80	53,50	4,7	6,90
Ставропольский край	10,20	11,10	16,20	18,10	34,80	32,00	1,2	1,00
Тамбовская область	10,30	10,20	15,50	12,60	50,50	29,20	0,9	72,90
Тверская область	3,50	4,90	7,70	6,80	47,10	44,10	3,9	11,10
Томская область	8,9	7,3	13,3	9,1	54,5	37,9	14,0	15,5
Тульская область	8,20	8,10	8,30	5,50	48,90	44,40	4,9	10,60
Тюменская область	7,70	10,4	13,50	14,7	50,50	43,9	6,6	7,9
Удмуртская Республика	9,00	9,30	10,30	10,60	51,50	45,10	5,4	17,20
Ульяновская область	7,60	10,50	13,30	15,40	44,40	34,50	19,3	17,10
Хабаровский край	6,4	7	11,9	10	34,40	29,2	6,9	7,3
Ханты-Мансийский АО	12,50	12,2	14,70	14	52,80	39,1	3,7	4,5
Челябинская область	9,50	11,3	14,30	14,3	53,60	43	5,8	8,4
Чеченская Республика	17,80	15,80	25,00	21,80	36,00	28,90	0,5	0,40
Чувашская Республика	4,50	10,30	6,00	6,00	53,60	55,00	28,6	9,50
Чукотский АО	4,1	2,7	3,9	3,4	41,70	54,5	37,0	37,1
Ямало-Ненецкий АО	7,90	7,1	8,80	11	53,10	35,7	10,6	11,9
Ярославская область	7,00	5,80	11,50	10,20	53,40	47,90	3,9	8,00

Источник: составлено автором на основе [169, 170, 171].

Основные показатели состояния наркоситуации по субъектам России

в 2020 г.

Субъект	Показатель	Индекс удельного веса наркопреступлений к общему числу преступлений	Индекс вовлеченности наркопотребителей в НОН	Индекс удельного веса осужденных за НОН к общему числу осужденных	Индекс молодых людей, осужденных за НОН к общему числу осужденных за НОН	Индекс оценки наркогизма населения	Индекс общей заболеваемости	Индекс первичной заболеваемости	Индекс смертности, связанной с острыми отравлениями наркотиками	Общий индекс	Тип территориального развития наркоситуации
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Алтайский край	0,26	0,15	0,39	0,23	0,09	0,3	0,3	0,04	0,22	У	
Амурская область	0,36	0,11	0,72	0,27	0,17	0,39	0,49	0,1	0,33	П	
Архангельская область	0,1	0,15	0,11	0,86	0,19	0,06	0,17	0,09	0,22	У	
Астраханская область	0,34	0,19	0,45	0,41	0,15	0,25	0	0,01	0,23	У	
Белгородская область	0,25	0,31	0,24	0,27	0,13	0,18	0,09	0,23	0,21	У	
Брянская область	0,2	0,2	0,12	0,52	0,04	0,28	0,23	0,3	0,24	У	
Владимирская область	0,22	0,09	0,26	0,7	0,19	0,13	0,19	0,24	0,25	П	
Волгоградская область	0,08	0,09	0,17	0,29	0,02	0,11	0,24	0,01	0,13	У	
Вологодская область	0,1	0,13	0,14	0,67	0,3	0,18	0,19	0,14	0,23	У	
Воронежская область	0,28	0,09	0,33	0,28	0,02	0,55	0,42	0,22	0,27	П	
г. Москва	0,3	0,09	0,4	0,6	0,89	0,14	0,26	0,51	0,40	К	
г. Санкт-Петербург	0,47	0,05	0,44	0,65	0,72	0,18	0,23	0,74	0,44	К	
г. Севастополь	0,41	0,13	0,39	0,6	0,55	0,25	0,09	0,49	0,36	К	
Еврейская А.О.	0,36	0,01	0,76	0,16	0,49	0,62	0,66	0,11	0,40	К	
Забайкальский край	0,2	0,32	0,35	0,43	0,26	0,46	0,26	0,02	0,29	П	
Ивановская область	0,17	0,13	0,2	0,74	0,13	0,16	0,18	0,01	0,22	У	
Иркутская область	0,14	0,1	0,28	0,49	0,06	0,27	0,38	0,21	0,24	У	
Кабардино-Балкарская	0,61	0,07	0,71	0,2	0,98	0,23	0,29	0,14	0,40	К	
Калининградская область	0,19	0,06	0,18	0,35	0,57	0,1	0,15	0,05	0,21	У	
Калужская область	0,24	0,04	0,2	0,64	0,02	0,12	0,18	0,16	0,20	У	
Камчатский край	0,25	0,05	0,27	0,37	0	0,37	0,25	0,13	0,21	У	
Карачаево-Черкесская	0,68	0,02	0,5	0,16	0,21	0,31	0,08	0,1	0,26	П	
Кемеровская область	0,27	0,21	0,31	0,41	0,21	0,27	0,36	0,38	0,30	П	
Кировская область	0,13	0,21	0,08	0,67	0,21	0,05	0,09	0,02	0,18	У	
Костромская область	0,4	0,28	0,2	0,53	0,06	0,2	0,15	0,31	0,27	П	
Краснодарский край	0,28	0,56	0,6	0,28	0,06	0,11	0,08	0,17	0,27	П	
Красноярский край	0,25	0,37	0,3	0,52	0,11	0,16	0,41	0,27	0,30	П	
Курганская область	0,38	0,06	0,15	0,38	0,06	0,44	0,41	0,07	0,24	У	
Курская область	0,17	0,1	0,19	0,58	0,04	0,11	0,16	0,17	0,19	У	
Ленинградская область	0,2	0,05	0,23	0,59	0,47	0,17	0,22	0,54	0,31	П	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Липецкая область	0,41	0,11	0,44	0,53	0,19	0,18	0,17	0,57	0,33	П
Магаданская область	0,42	0,09	0,24	0,39	0,36	0,14	0,21	0,08	0,24	У
Московская область	0,43	0,01	0,41	0,47	0,43	0,24	0,29	0,93	0,40	К
Мурманская область	0,37	0,09	0,25	0,64	0,19	0,16	0,15	1	0,36	К
Ненецкий АО	0,1	0,2	0,05	0,85	0,06	0,05	0,13	0	0,18	У
Нижегородская область	0,32	0,18	0,25	0,67	0,26	0,2	0,23	0,18	0,29	П
Новгородская область	0,4	0,16	0,14	0,71	0,06	0,39	0,23	0,27	0,30	П
Новосибирская область	0,07	0,07	0,15	0,4	0,15	0,15	0,38	0,43	0,23	У
Омская область	0,33	0,15	0,33	0,34	0,4	0,38	0,21	0,36	0,31	П
Оренбургская область	0,49	0,11	0,23	0,42	0,21	0,09	0,12	0,12	0,22	У
Орловская область	0,21	0,05	0,33	0,48	0,28	0,13	0,15	0,02	0,21	У
Пензенская область	0,3	0,49	0,27	0,56	0,43	0,1	0,2	0,15	0,31	П
Пермский край	0,32	0,13	0,21	0,41	0,3	0,38	0,35	0,4	0,31	П
Приморский край	0,49	0,06	0,55	0,18	0,13	0,54	1	0,14	0,39	К
Псковская область	0,61	0,1	0,13	0,83	0,06	0,18	0,19	0,11	0,28	П
Республика	0,35	0,37	0,25	0,35	0,34	0,19	0,21	0,16	0,28	П
Республика Адыгея	0,22	0,1	0,26	0,2	0	0,3	0,12	0,08	0,16	У
Республика Алтай	0,15	0,06	0,24	0,02	0,17	0,22	0,32	0,03	0,15	У
Республика Бурятия	0,19	0,15	0,43	0,51	0,66	0,43	0,06	0,03	0,31	П
Республика Дагестан	0,81	0	1	0,36	0,34	0,17	0,11	0,01	0,35	П
Республика Ингушетия	0,64	0	0,73	0,47	0,66	0,24	0,07	0,1	0,36	К
Республика Калмыкия	0,3	0	0,41	0	0	0,42	0	0,04	0,15	У
Республика Карелия	0,09	0,26	0,14	1	0,17	0	0,18	0,2	0,26	П
Республика Коми	0,24	0,09	0,08	0,7	0,09	0,11	0,24	0,12	0,21	У
Республика Крым	0,37	0,03	0,5	0,27	0,11	0,53	0,34	0,14	0,29	П
Республика Мордовия	0,32	0,09	0,16	0,66	0,15	0,16	0,06	0,02	0,20	У
Республика Северная	1	0,03	0,77	0,12	0,36	0,42	0,2	0,09	0,37	К
Республика Татарстан	0,32	0,25	0,32	0,49	0,21	0,48	0,28	0,17	0,32	П
Республика Тыва	0,32	0,02	0,56	0,49	0,15	0,23	0,26	0	0,25	П
Республика Хакасия	0,41	0,17	0,44	0,32	0,36	0,33	0,18	0,1	0,29	П
Республика Марий Эл	0,2	0,2	0,14	0,7	0,02	0,37	0,1	0,11	0,23	У
Республика Саха (Якутия)	0,08	0,05	0,18	0,32	0,15	0,1	0,12	0,04	0,13	У
Ростовская область	0,3	0,06	0,4	0,35	1	0,3	0,22	0,07	0,34	П
Рязанская область	0,42	0,03	0,47	0,71	0,55	0,15	0,48	0,14	0,37	К
Самарская область	0,34	0,12	0,35	0,32	0,28	0,22	0,2	0,14	0,25	П
Саратовская область	0,28	0,2	0,25	0,5	0,04	0,13	0,14	0,25	0,22	У
Сахалинская область	0,2	0,08	0,26	0,21	0,19	1	0,4	0,09	0,30	П
Свердловская область	0,34	0,44	0,35	0,53	0,85	0,18	0,39	0,64	0,47	К
Смоленская область	0,28	0,09	0,35	0,74	0,55	0,3	0,25	0,27	0,35	П
Ставропольский край	0,4	0,01	0,49	0,26	0,06	0,26	0,1	0,05	0,20	У
Тамбовская область	0,36	1	0,31	0,2	0,09	0,08	0,16	0,12	0,29	П
Тверская область	0,1	0,15	0,11	0,53	0,04	0,08	0,33	0,14	0,19	У
Томская область	0,22	0,21	0,19	0,39	0,13	0,21	0,24	0,41	0,25	П
Тульская область	0,26	0,14	0,07	0,54	0,04	0,14	0,32	0,2	0,21	У
Тюменская область	0,37	0,11	0,38	0,53	0,09	0,24	0,22	0,59	0,32	П
Удмуртская Республика	0,31	0,23	0,24	0,56	0,11	0,27	0,26	0,15	0,27	П
Ульяновская область	0,37	0,23	0,4	0,32	0	0,32	0,23	0,05	0,24	У

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Хабаровский край	0,2	0,1	0,22	0,2	0,51	0,23	0,62	0,07	0,27	П
Ханты-Мансийский АО	0,45	0,06	0,35	0,42	0	0,14	0,12	0,24	0,22	У
Челябинская область	0,41	0,11	0,36	0,51	0,32	0,23	0,48	0,68	0,39	К
Чеченская Республика	0,62	0	0,61	0,19	0,02	0,28	0,07	0	0,22	У
Чувашская Республика	0,36	0,13	0,09	0,78	0,04	0,13	0,01	0,1	0,21	У
Чукотский АО	0	0,51	0	0,77	0	0,02	0	0	0,16	У
Ямало-Ненецкий АО	0,21	0,16	0,25	0,34	0,04	0,16	0,28	0,14	0,20	У
Ярославская область	0,15	0,11	0,23	0,62	0,11	0,13	0,31	0,43	0,26	П

*Типы территориального развития наркоситуации (У – умеренный, интервал от 0,13 до 0,243, П – проблемный, интервал от 0,244 до 0,357, К – кризисный, интервал от 0,358 до 0,47)

Источник: составлено автором.

Показатели общей заболеваемости наркологическими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, на 100000 населения по субъектам СЗФО в 2000, 2008, 2019, 2020 гг.

Субъект \ Год	2000г.	2008г.	2019	2020
Республика Карелия	61,3	59,5	54,20	61,24
Республика Коми	75,8	122,5	167,20	150,52
Архангельская область	11,7	20,2	101,60	75,98
Ненецкий АО	22	104,7	92,90	106,55
Вологодская область	52,4	103,4	243,30	266,79
Калининградская область	175,3	176,9	157,70	145,58
Ленинградская область	146,2	290,6	175,90	183,33
Мурманская область	103,5	195	213,40	196,79
Новгородская область	144,3	214,6	325,60	317,52
Псковская область	44,9	89,89	239,70	216,26
г. Санкт-Петербург	163,11	221,3	216,60	207,43
по СЗФО	97,9	150	195,20	188,82

Источник: составлено автором на основе [46, 47, 197].

Оценка локализации наркомании по субъектам

СЗФО РФ в 2020 г.

Субъект / Показатель	Все население (по состоянию на 01.01.2021 г.)	Количество наркозависимых, зарегистрированных в учреждениях здравоохранения	Коэф. локализации наркомании
Республика Карелия	609000	376	0,33
Республика Коми	814000	1235	0,8
Архангельская область	1 083 000	830	0,4
Ненецкий АО	44000	47	0,56
Вологодская область	1 151 000	3096	1,42
Калининградская область	1 019 000	1474	0,76
Ленинградская область	1 893 000	3439	0,95
Мурманская область	733000	1459	1,05
Новгородская область	592000	1894	1,69
Псковская область	620000	1354	1,15
г.Санкт-Петербург	5 384 000	11197	1,1

Источник: составлено автором на основе [47, 203].

Показатели заболеваемости наркологическими расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, психотропных веществ, по видам зависимости на 100 тыс. населения, количество потребителей инъекционных наркотиков на 100 тыс. населения по субъектам СЗФО

Показатель	Каннабиноидная наркомания (на 100 тыс. населения)		Зависимость от психостимуляторов (на 100 тыс. населения)		Зависимость от других видов наркотиков (на 100 тыс. населения)		Опиоидная наркомания (на 100 тыс. населения)		Количество потребителей инъекционных наркотиков (на 100 тыс. населения)	
	2017	2020	2017	2020	2017	2020	2010	2020	2010	2020
Республика Карелия	17,61	6,84	13,92	14,49	25,45	18,89	16,17	5,86	41,91	10,42
Республика Коми	3,31	5,12	12,53	18,28	39,26	34	68,11	56,67	145,27	48,26
Архангельская область	9,94	6,22	18,18	25,91	10,39	9,34	18,72	6,13	41,75	13,09
Ненецкий автономный округ	-	2,27	-	2,27	9,1	15,87	18,2	9,07	35,55	11,34
Вологодская область	6,52	6,03	8,22	14,3	33,98	50,24	125,3	78,16	135,41	177
Калининградская область	4,04	3,16	2,02	2,17	2,32	3,85	133,9	123,3	259,5	107,65
Ленинградская область	5,55	6,4	5,93	9,44	11,93	14,87	132,7	112,16	341,74	124,96
Мурманская область	2,51	2,43	5,96	6,47	7,68	10,52	121,5	101,7	278,15	133,26
Новгородская область	38,39	11,57	11,65	6,71	184,91	128,1	83,35	33,03	271,55	90,69
Псковская область	15,95	9,74	14,86	20,76	11,57	16,8	77,11	45,2	162,67	74,11
г. Санкт-Петербург	4,04	4,8	9,03	12,87	18,64	19,5	157,1	133,25	228,07	123,43

Источник: составлено автором на основе [45, 47, 100].

Динамика смертности, связанной с острыми отравлениями наркотиками, на 100.000 населения по субъектам СЗФО России за период с 2016 по 2020 гг.

Субъект	Год				
	2016	2017	2018	2019	2020
Республика Карелия	0,6	0,60	1,80	1,00	3,30
Республика Коми	2,9	2,90	1,70	1,70	2,00
Архангельская область	0,7	0,30	0,30	0,50	1,50
Ненецкий автономный округ	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Вологодская область	0,9	0,40	0,60	1,20	2,30
Калининградская область	1,4	1,10	0,30	0,70	0,80
Ленинградская область	9,5	11,50	12,20	12,00	9,10
Мурманская область	6,1	3,20	7,90	2,80	16,90
Новгородская область	2,3	2,00	1,50	2,50	4,60
Псковская область	1,2	1,40	1,70	1,30	1,90
г. Санкт-Петербург	12,12	13,60	11,80	11,90	12,50

Источник: составлено автором на основе [169, 170, 171].

Показатели доли наркопреступлений к общему количеству зарегистрированных преступлений, удельного веса осужденных за наркопреступления к общему количеству осужденных, удельного веса осужденных за наркопреступления молодых людей в возрасте от 18 до 29 лет к общему количеству осужденных за наркопреступления, вовлеченности наркопотребителей в незаконный оборот наркотиков в 2016 и 2020 гг. по субъектам СЗФО

Показатель	Доля наркопреступлений к общему количеству зарегистрированных преступлений (в %)		Удельный вес осужденных за наркопреступления к общему количеству осужденных (в%)		Удельный вес осужденных за наркопреступления молодых людей в возрасте от 18 до 29 лет к общему количеству осужденных за наркопреступления (в %)		Показатели вовлеченности наркопотребителей в незаконный оборот наркотиков (в %)	
	2016	2020	2016	2020	2016	2020	2017	2020
Республика Карелия	6,00	4,60	11,10	7,70	72,00	64,80	12,00	18,90
Республика Коми	4,70	7,80	6,60	5,70	59,70	51,60	8,80	7,00
Архангельская область	4,50	4,80	8,10	6,60	66,70	58,80	0,90	10,80
Ненецкий АО	6,80	4,80	7,90	5,00	54,50	58,30	19,20	14,90
Вологодская область	6,00	4,90	12,20	7,60	67,40	50,20	8,50	9,30
Калининградская область	6,20	6,70	14,30	8,90	39,40	36,10	1,40	4,70
Ленинградская область	9,30	7,00	14,70	10,30	51,00	46,50	1,70	3,90
Мурманская область	11,00	10,50	20,00	10,90	46,00	49,00	5,10	6,40
Новгородская область	5,40	11,00	8,00	7,70	63,00	51,90	12,20	12,00
Псковская область	4,10	15,50	7,80	7,20	43,40	57,20	6,70	7,30
г. Санкт-Петербург	26,40	12,60	38,20	16,70	53,30	49,10	6,50	3,90

Источник: составлено автором на основе [169, 170, 171].

Индексные показатели состояния наркоситуации по субъектам

СЗФО в 2017 г.

Показатель Субъект	Индекс общей заболеваемости	Индекс оценочной распространенности наркотизма среди населения	Индекс удельного веса наркопреступлений к общему числу преступлений	Индекс вовлеченности наркопотребителей в НОН	Индекс удельного веса осужденных за НОН к общему числу осужденных	Индекс удельного веса молодых людей, осужденных за НОН, к общему числу осужденных за наркопреступления	Индекс удельного веса инъекционных наркозависимых к общему числу наркозависимых	Индекс первичной заболеваемости	Индекс смертности	Общий индекс	Тип территориального развития наркоситуации*
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Республика Карелия	0	0,2	0,11	0,61	0,13	0,56	0	0,86	0,04	0,28	У
Республика Коми	0,14	0,17	0	0,43	0	0,44	0,32	0,92	0,21	0,29	У
Архангельская область	0,02	1	0,02	0	0,06	0,6	0,2	0,73	0,02	0,29	У
Ненецкий АО	0,03	0	0,12	1	0,06	1	0,14	0	0	0,26	У
Вологодская область	0,55	0,43	0,09	0,42	0,19	0,62	0,6	0,53	0,03	0,38	У
Калининградская область	0,19	0,63	0,03	0,03	0,2	0	0,92	0,56	0,08	0,29	У
Ленинградская область	0,30	0,46	0,25	0,04	0,24	0,32	0,91	0,86	0,85	0,47	П
Мурманская область	0,30	0,03	0,31	0,23	0,37	0,24	0,89	0,8	0,24	0,38	У
Новгородская область	1	0	0,05	0,62	0,08	0,4	0,28	1	0,15	0,4	П
Псковская область	0,43	0,29	0,07	0,32	0,07	0,27	0,41	0,58	0,1	0,28	У
г. Санкт-Петербург	0,26	0,03	1	0,31	1	0,28	1	0,87	1	0,64	К

*Типы территориального развития наркоситуации (У – умеренный, интервал от 0,28 до 0,386, П – проблемный, интервал от 0,387 до 0,513, К – кризисный, интервал от 0,514 до 0,64)

Источник: составлено автором.

Индексные показатели состояния наркоситуации по субъектам СЗФО в 2020 г.

Показатель Субъект	Индекс общей заболеваемости	Индекс оценочной распространенности наркотизма среди населения	Индекс удельного веса наркопреступлений к общему числу преступлений	Индекс вовлеченности наркопотребителей в НОН	Индекс удельного веса осужденных за НОН к общему числу осужденных	Индекс удельного веса молодых людей, осужденных за НОН, к общему числу осужденных за наркопреступления	Индекс удельного веса инъекционных наркозависимых к общему числу наркозависимых	Индекс первичной заболеваемости	Индекс смертности	Общий индекс	Тип территориального развития наркоситуации*
	Республика Карелия	0	0,16	0	1	0,23	1	0,1	0,43	0,2	0,35
Республика Коми	0,41	0,03	0,29	0,21	0,06	0,54	0,34	1	0,12	0,33	У
Архангельская область	0,2	0,19	0,02	0,46	0,14	0,79	0,1	0,38	0,09	0,26	У
Ненецкий АО	0,19	0	0,02	0,73	0	0,77	0	0	0	0,19	У
Вологодская область	0,66	0,35	0,03	0,36	0,22	0,49	0,88	0,49	0,14	0,4	П
Калининградская область	0,37	0,77	0,19	0,05	0,33	0	1	0,19	0,05	0,33	У
Ленинградская область	0,61	0,61	0,22	0	0,45	0,36	0,91	0,78	0,54	0,5	П
Мурманская область	0,59	0,19	0,54	0,17	0,5	0,45	0,9	0,14	1	0,5	П
Новгородская область	1	0	0,59	0,54	0,23	0,55	0,28	0,92	0,27	0,49	П
Псковская область	0,67	00	1	0,23	0,19	0,74	0,37	0,51	0,11	0,42	П
г. Санкт-Петербург	0,66	1	0,73	0	1	0,45	0,77	0,86	0,74	0,69	К

*Типы территориального развития наркоситуации: У – умеренный (интервал от 0,19 до 0,35), П – проблемный (интервал от 0,36 до 0,52), К – кризисный (интервал от 0,53 до 0,69).

Источник: составлено автором.

Отдельные показатели регионов СЗФО России по состоянию на 2020 г.

Субъект	Показатель	Площадь территории (тыс. км ²)	Плотность автомобильных дорог (километров дорог на 1000 км ²)	Плотность населения (чел/км ²)	Удельный вес городского населения в общей численности населения (оценка на конец года; %)	Среднедушевые денежные доходы населения (в месяц, в руб.)	Уровень занятости населения (в %)	Численность студентов на 100 тыс. населения
Республика Карелия		180,5	47	3,4	81,2	32583	53,5	1780
Республика Коми		416,8	16	2	78,3	36677	57	1790
Архангельская область		413	29	1,9	79,1	34852	53,5	1550
Ненецкий АО		176,8	1,6	0,2	74,2	84147	59,4	0
Вологодская область		144,5	116	8	72,6	29552	56,2	1560
Калининградская область		15,1	527	67,1	77,7	29518	60	1760
Ленинградская область		83,9	217	22,4	67,2	33149	58,9	360
Мурманская область		144,9	24	5,1	92,2	46355	61,5	820
Новгородская область		54,5	203	10,9	71,5	26268	54,4	1350
Псковская область		55,4	308	11,3	70,9	26436	53,2	1790
г. Санкт-Петербург		1,4	2526	3858	100	49207	65,7	5220

Источник: составлено автором на основе [203].

Индекс уровня территориальной заболеваемости наркоманией, индексы уровня территориальной наркозависимости по видам употребляемых наркотиков по субъектам СЗФО в 2020 г.

Показатель Субъект	Индекс уровня территориальной заболеваемости наркоманией	Индекс уровня территориальной наркозависимости от опиоидных наркотиков	Индекс уровня территориальной наркозависимости от каннабиноидных наркотиков	Индекс уровня территориальной наркозависимости от психостимуляторов	Индекс уровня территориальной наркозависимости от других видов
Республика Карелия	0,14	0,11	0,13	0,27	0,35
Республика Коми	0,20	0,80	0,07	0,26	0,48
Архангельская область	0,07	0,10	0,10	0,42	0,15
Ненецкий АО	0,33	0,05	0,01	0,01	0,08
Вологодская область	0,36	2,22	0,17	0,41	1,43
Калининградская область	1,07	10,06	0,26	0,18	0,31
Ленинградская область	0,36	5,28	0,30	0,44	0,70
Мурманская область	0,37	2,31	0,06	0,15	0,24
Новгородская область	1,00	1,10	0,38	0,22	4,25
Псковская область	0,50	1,53	0,33	0,70	0,57
г. Санкт-Петербург	1,96	82,85	2,98	8,01	12,15

Источник: составлено автором на основе [47, 203].